Nederlandse
Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Uw brief van	Uw kenmerk		
31 juli 2013	650757-124618-cZ		
Onze brieven van	**Ons kenmerk**		
13 augustus 2014 27 oktober 2014	0093710/0131264 0101943/0143083		
Behandeld door	**Telefoonnummer**	**E-mailadres**	**Kenmerk**
CDIN/ymem/CURE			0110560/0154766
Onderwerp			**Datum**
Monitor integrale tarieven 2015			16 december 2014

Mevrouw de Minister,

Bijgaand ontvangt u de monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg. Deze monitor geeft inzicht in de huidige ontwikkelingen rond de invoering van integrale bekostiging en is een aanvulling op de brief waarmee we u op 27 oktober 2014 hebben geïnformeerd[1]. Met uw brief van 31 juli 2014 heeft u ons verzocht de invoering van integrale bekostiging voor de medisch specialistische zorg te monitoren.

Deze monitor biedt tegelijk ook een beschrijving van de aanleiding en achtergrond van de invoering van integrale bekostiging (zie blok 1 in de monitor) en geeft een overzicht van de aanpassingen die hiervoor door ons zijn doorgevoerd in de regelgeving (zie blok 2 in de monitor).

De monitor is een kwalitatieve beschrijving van onze analyses en interviews met ziekenhuisbesturen, medische staven, zorgverzekeraars, banken, overheidsorganen en andere deskundigen uit de sector. Dit betreft een momentopname van de huidige ontwikkelingen, vooruitlopend op de invoering van de integrale bekostiging per 1 januari 2015.

---

[1] De brief 'Eerste indrukken monitor integrale tarieven 2015', met kenmerk 0101943/0143083, van 27 oktober 2014.

Onze belangrijkste bevindingen en aandachtspunten in de monitor worden hieronder kort weergeven. Voor meer informatie verwijzen wij naar de monitor zelf.

Organisatiemodellen
Uit onze monitor blijkt dat vrijgevestigd specialisten in meerderheid kiezen voor behoud van de vrije vestiging en niet kiezen voor loondienst bij het ziekenhuis. De integrale bekostiging gaat veelal gepaard met een nieuwe organisatiestructuur voor het ziekenhuis en de daar werkzame specialisten. In de monitor beschrijven we de verschillende organisatiemodellen, waarvoor ziekenhuizen per 2015 kiezen. Er bestaat in het algemeen een voorkeur voor het samenwerkingsmodel. Sommige ziekenhuizen willen naar een participatiemodel , maar de termijn om dit per 2015 te realiseren was voor hen te kort. Sommige ziekenhuizen geven aan dat ze de keuze voor het samenwerkingsmodel als opstap zien voor de invoering van het participatiemodel op de langere termijn.

Wij nemen geen standpunt in over de modellen op zich, maar in blok 3 van de monitor beschrijven we per model wel een aantal aandachtspunten en potentiële risico's. We zullen in komende jaren monitoren of er een verschuiving plaatsvindt tussen organisatiemodellen en hoe er omgegaan wordt met de door ons benoemde aandachtspunten.

Overige bevindingen
Er worden afspraken gemaakt tussen ziekenhuizen en medisch specialisten over de verantwoordelijkheden in het ziekenhuis. De integrale bekostiging dwingt partijen tot een zekere mate van formalisering en juridisering van onderlinge verhoudingen. Deze verantwoordelijkheden worden vastgelegd in overeenkomsten tussen het ziekenhuis en het medisch specialistisch bedrijf (MSB) enerzijds en in de overeenkomsten tussen medisch specialisten en MSB anderzijds.

We zien dat hierbij de aandacht hoofdzakelijk ligt op de fiscale aspecten, waarbij de aandacht voor niet-fiscale aspecten soms onderbelicht lijkt te blijven. Bij deze niet-fiscale aspecten valt te denken aan:
- het maken van goede afspraken over kwaliteit en veiligheid;
- het vormgeven van overlegstructuren waarin alle medisch specialisten goed vertegenwoordigd worden (ook die in loondienst);
- het zorgdragen voor de kwaliteit van de registratie en declaratie. Dit blijft ook zeker een verantwoordelijkheid van de medisch specialist;
- het maken van afspraken over de (manier van) vergoedingen voor vrijgevestigd medisch specialisten in een MSB;
- aandacht voor toezichtaspecten en hoe zich de nieuwe organisatiestructuren verhouden tot het toezicht door ACM, IGZ en de NZa.

Al deze onderdelen zijn uitgebreid weergegeven in blok 4 van de monitor.

De door ons geïnterviewde zorgverzekeraars geven overwegend aan dat ze geen bemoeienis hebben gehad met de afspraken tussen ziekenhuis en specialisten. Zorgverzekeraars beschouwen dit als een interne aangelegenheid van het ziekenhuis. De invoering van de integrale bekostiging lijkt geen invloed gehad te hebben op het contracteerproces. Een aantal zorgverzekeraars maakte het afgelopen jaar al integrale contractafspraken.

Voor 2015 zijn de contractafspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars voor een aanzienlijk deel afgerond. De (aanloop naar) integrale bekostiging heeft, naar het zich laat aanzien, geen invloed gehad op die afspraken. Het is opvallend dat er contractafspraken met verzekeraars gemaakt zijn, terwijl ziekenhuizen en specialisten onderling nog géén prijs- en productieafspraken gemaakt hebben. Op dit moment kunnen wij dan ook geen beeld geven van de gevolgen van de integrale bekostiging op de vergoedingen aan medisch specialisten. Dit kunnen wij pas meenemen in de monitor over 2015, als ook de kosten bekend zijn.

De NZa zal de ontwikkelingen blijven monitoren langs de lijn die we in onze brief van 13 augustus 2014 hebben beschreven[2]. In de loop van 2015 verschijnt de tweede monitor.
Op dit moment doen we geen beleidsaanbevelingen. Veel zaken dienen immers nog hun beslag te krijgen in 2015 en de effecten worden pas na de daadwerkelijke invoering zichtbaar.

Hoewel wij in deze eerste monitor geen volledig beeld kunnen geven, vinden wij het belangrijk dat alle veldpartijen kennis kunnen nemen van de inhoud van onze monitor en onze visie op de ontwikkelingen tot nu toe. Mogelijk kunnen zij daar hun voordeel mee doen in de verdere vormgeving van hun afspraken. Wij zullen de monitor dan ook op korte termijn publiceren op onze website.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

Ter informatie aan:
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
Orde van Medisch Specialisten (OMS)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde (KNMT)

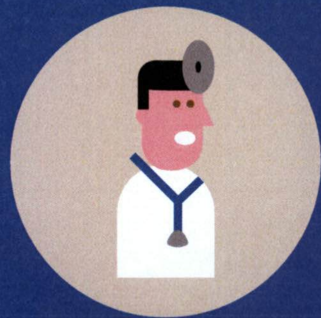
---

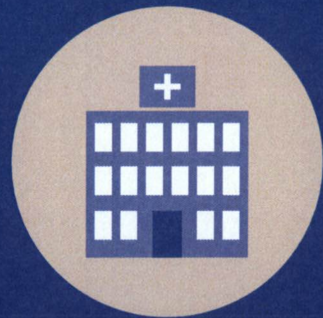
[2] De brief 'Monitor integrale tarieven medisch specialistische zorg', met kenmerk 0093710/0131264, van 13 augustus 2014

Nederlandse Zorgautoriteit

Monitor
integrale bekostiging medisch specialistische zorg

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt tarieven vast voor behandelingen en houdt toezicht op de zorg. Ook monitort ze ontwikkelingen in de zorgmarkten, bijvoorbeeld door middel van jaarlijkse marktscans. Daarnaast monitort ze bepaalde marktonderdelen of de gevolgen van grote beleidswijzigingen. De invoering van de integrale bekostiging is een belangrijke wijziging in de bekostiging van de medisch specialistisch zorg.





Deze eerste monitor is een kwalitatieve beschrijving van waarnemingen van de NZa, gebaseerd op eigen analyses en interviews met ziekenhuisbesturen, medisch staven, zorgverzekeraars, banken, overheidsorganen en andere deskundigen uit de sector. Op 27 oktober heeft de NZa een brief met eerste indrukken gestuurd aan de Minister van VWS. Ook in de komende jaren zal de NZa de ontwikkelingen blijven monitoren.

VERDER

Monitor
integrale bekostiging medisch specialistische zorg

1 De nieuwe bekostiging

Wat is integraal bekostigen?
Wat wordt vervangen – en waarom?

2 De nieuwe regelgeving

Wat verandert er?
Hoe worden de totale kosten beheerst?

3 De nieuwe afspraken

Met welke organisatiemodellen kunnen ziekenhuizen en specialisten werken?
Waar kiezen zij voor – en waarom?

4 De gevolgen en resultaten

Wat is de impact van integraal bekostigen?
Welke rol speelt de NZa?

Meer informatie over de NZa

Nederlandse Zorgautoriteit

Waarom brengt de NZa deze monitor uit?

De NZa monitort ontwikkelingen in de zorgmarkten. Zo voert ze jaarlijks marktscans uit. Daarnaast monitort ze bepaalde marktonderdelen of de gevolgen van grote beleidswijzigingen. De invoering van de integrale bekostiging is een belangrijke wijziging in de bekostiging van de medisch specialistisch zorg.

Op verzoek van de minister van VWS heeft de NZa toegezegd de ontwikkelingen te monitoren rond de invoering van de integrale bekostiging. Onderstaande vragen staan daarbij centraal:

1 Welke keuzes maken specialisten tussen de verschillende organisatiemodellen?
2 Hoe ontwikkelen de uitgaven aan medisch specialisten zich?
3 Wat betekent de invoering van integrale tarieven voor de verhoudingen in ziekenhuizen?
4 Hoe beïnvloedt de invoering de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg?
5 Welk effect heeft de beleidswijziging op contracteringen door verzekeraars?

Hoe lang duurt de monitoring?

- De NZa monitort de invoering van integrale tarieven. Ze stuurde op 27 oktober 2014 een brief aan het ministerie van VWS met de eerste indrukken van die invoering. Deze eerste indrukken, gebaseerd op interviews, werden bewust eerder bekend gemaakt aan de branchepartijen. De achterban kon dan, indien nodig, nog bijsturen.
- De NZa zal in elk geval de komende jaren monitoren. Cijfers over de totale kosten over 2015 en de verhouding tussen specialisten- en overige behandelkosten kunnen pas in de loop van 2016 in kaart worden gebracht. Cijfers over omzetten van ziekenhuizen en vrijgevestigd specialisten over 2013 en 2014 zijn nog niet beschikbaar.
- Gedurende de monitoringsperiode doet de NZa zo nodig tussentijds verslag. In de loop van 2015 verschijnt een tweede monitor. Deze monitor zal in elk geval de cijfers over 2013 bevatten. Deze eerste monitor is een kwalitatieve beschrijving van waarnemingen van de NZa.

Deze waarnemingen komen voort uit recente documenten van en interviews met:
- ziekenhuisbesturen;
- besturen van medische staven;
- zorgverzekeraars;
- overheidsorganen;
- deskundigen (uit de sector).

1 De nieuwe bekostiging

Wat is integraal bekostigen?

Per 2015 worden de kosten van ziekenhuisbehandelingen via een integraal tarief vergoed. Dat betekent dat het ziekenhuis álle behandelkosten declareert en vervolgens zelf beslist hoe het zijn inkomsten aanwendt. De honoraria voor vrijgevestigde medisch specialisten worden dus niet meer met een apart tarief gefactureerd, zoals tot nog toe het geval was.



Tarieven niet losgekoppeld

Voor de tarieven van medisch specialisten geldt geen andere regelgeving of budgettaire sturing vanuit de overheid dan voor de tarieven van overige delen van de behandeling. De NZa heeft in regelgeving vastgelegd dat voor alle zorgproducten een integraal tarief moet worden gedeclareerd.

Nederlandse Zorgautoriteit

Welke bekostigingsvorm wordt vervangen?

De integrale bekostiging vervangt per 2015 de 'deelregulering', een bekostigingsvorm waarin vrijgevestigde medisch specialisten speciaal voor hen geldende regels en tarieven kenden, wat zijn weerslag heeft gehad op onder andere tariefberekening en uitgavenbeheersing. Hiernaast wordt de deelregulering schematisch weergegeven.

De status van vrijgevestigd medisch specialisten tot 2015

- Zij krijgen een afzonderlijke vergoeding voor de behandeling van patiënten; los van de vergoeding die ziekenhuizen krijgen.
- De NZa stelt voor hen maximale honorariatarieven vast per zorgproduct, terwijl voor ziekenhuizen meestal vrije tarieven gelden.
- Van de totale uitgaven aan ziekenhuisbehandelingen (het Budgettair Kader Zorg) is een afzonderlijk bedrag bestemd voor vrijgevestigde specialisten.
- Voor de beheersing van de landelijke kosten geldt een apart model voor vrijgevestigde specialisten en een apart model voor ziekenhuizen.
- De NZa stelt voor vrijgevestigde specialisten per ziekenhuis een omzetplafond vast.

Ziekenhuizen hebben geen individueel van te voren berekend omzetplafond, maar een plafond dat geldt voor alle ziekenhuizen samen. Als de totale kosten hoger liggen dan het gezamenlijke plafond, worden ze naar rato van hun omzet (achteraf) gekort.



Waarom deze verandering?

Het zorgstelsel beter laten functioneren. Dat is het overkoepelende doel van de overstap van deelregulering naar integrale bekostiging. Hieronder staat een samenvatting van vier specifiekere doelen en overige voordelen van de nieuwe bekostigingsvorm.

1 Doelmatige productie

Voor ziekenhuizen maakt de integrale bekostiging een doelmatigere inzet van productiefactoren mogelijk. Verpleegkundig specialisten en *physician assistants* kunnen, mede door aanpassingen in de regelgeving, vanaf 2015 bijvoorbeeld taken overnemen van vrijgevestigd medisch specialisten zonder dat de bekostiging daarvoor een belemmering vormt. In de toekomst zal ook de productstructuur 'specialismeoverstijgender' moeten worden. Verder wordt met de invoering van integrale bekostiging onderlinge dienstverlening tussen instellingen vergemakkelijkt.

2 Selectieve inkoop

Zorgverzekeraars willen het liefst goede en doelmatig geleverde zorg inkopen, die past bij de polis van verzekerden. Vanaf 2015 kunnen zij ziekenhuizen en specialisten beter sturen in het leveren van die zorg. Er is immers maar één partij die declareert en waarmee afspraken worden gemaakt. Deze sturing wordt nu nog bemoeilijkt door deelregulering (zoals honorariumplafonds en aparte tariefsystemen) en de belangenverschillen tussen ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten.

3 Gelijkgerichtheid

In de bekostiging van zorg moet niet het financiële eigenbelang van ziekenhuizen en specialisten voorop staan. Zij moeten samen doelmatigheid en kwaliteit nastreven. Zorgverzekeraars kunnen daarop sturen door selectief in te kopen. De vervanging van deelregulering voor integrale bekostiging vergemakkelijkt selectief inkopen (zie doel 2).

4 Gelijk speelveld

Doordat er verschillende (macro)beheersinstrumenten van toepassing waren voor de instellingen met specialisten in loondienst en de ziekenhuizen met vrijgevestigde specialisten, ontstond er een ongelijk speelveld tussen deze instellingen.
Met integrale bekostiging zijn de honorariumplafonds verdwenen, is hetzelfde (macro)beheersinstrument van toepassing en is de concurrentie eerlijker.



Meer voordelen van integrale bekostiging
- Minder complex om uit te voeren dan deelregulering.
- Minder onderhoudsintensief.
- Duidelijkere, beter te controleren nota's.

Nederlandse Zorgautoriteit

2 De nieuwe regelgeving

Wat verandert er?

De overstap van deelregulering naar integrale bekostiging brengt nieuwe beleidsregels en regelingen mee voor ziekenhuizen en specialisten. Daarbij gaat het vooral om de vraag: wie mag wat declareren en onder welke voorwaarden? Sommige oude regels en regelingen blijven tot in 2015 van kracht, maar alleen in speciale situaties.

Wie mag declareren aan patiënten/zorgverzekeraars?

- Instellingen voor medisch specialistische zorg, inclusief zelfstandige kaakchirurginstellingen, die zijn toegelaten door de ministeriële uitvoeringsorganisatie CIBG op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).
- Solisten die van de NZa een beschikking hebben om als solopraktijk het integrale tarief aan zorgverzekeraars en/of patiënten te declareren. Er zijn strikte eisen geformuleerd waar je als solist aan moet voldoen om hiervoor in aanmerking te komen. Zo moet een solist daadwerkelijk solistisch werkzaam. Dat betekent in onze definitie: maximaal één medisch specialist (of kaakchirurg), eventueel aangevuld met één of twee (administratief) ondersteunende medewerkers. Die medewerkers mogen geen BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren zijn, zoals verpleegkundigen of fysiotherapeuten. Tot eind 2014 heeft de NZa zeven solistenbeschikkingen afgegeven voor 2015.

Wanneer mogen zij declareren aan patiënten/zorgverzekeraars?

- Als ze als zorginstelling zijn toegelaten door de CIBG.
- Of als ze als solopraktijk een beschikking hebben van de NZa.
- En als de gedeclareerde zorg geldt voor hun *eigen patiënten*.

Wanneer is er sprake van een eigen patiënt?

- Dat is het geval als de patiënt zich met een zorgvraag tot de betreffende zorgverlener heeft gewend én als die zorgverlener verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag (al dan niet met mede-behandelende zorgaanbieders).
- Onder afhandelen wordt ook verstaan: het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener (geen interne overdracht).

Wat als specialist niet voldoet aan de criteria?

- Dan kunnen zij hun kosten declareren bij een andere zorgaanbieder die wél voldoet aan de voorwaarden. Dit doen zij via de prestatie 'onderlinge dienstverlening'.
- Met deze prestatie kunnen zij alle denkbare zorgactiviteiten declareren bij die andere zorgaanbieder. Daarbij geldt een vrij tarief: zorgaanbieders kunnen onderling de vergoeding bepalen.

Welke regels en regelingen veranderen (nog) niet?

- De indeling van diagnosebehandelcombinatie (DBC)- en andere zorgproducten in het vrije en gereguleerde segment blijft ongewijzigd. Op zorgprestaties in het gereguleerde segment blijven maximumtarieven van toepassing (voor zorgprestaties in het vrije segment gelden vrije tarieven).
- Van overloop-DBC's '(geopend in 2014) mogen in 2015 nog honorariumbedragen aan of via de instelling in rekening gebracht worden.
- Instellingen moeten vóór 1 februari 2015 hun honorariumomzet over 2013 doorgeven aan de NZa. En vóór 1 juni 2015 hun honorariumomzet over 2014.

Nederlandse Zorgautoriteit

Hoe worden de totale kosten beheerst?

NZa voert per 1 januari 2015 het 'integraal macrobeheersmodel' uit. Dit model stelt een jaarlijks maximum aan de opbrengsten van verzekerde medisch specialistische zorg. Als de totale omzet hoger ligt dan het landelijke maximum, worden zorgaanbieders naar rato van hun omzet (achteraf) gekort.

Voor wie geldt dit beheersmodel?

Het model geldt structureel voor zorgverleners – instellingen én solisten – die aan de zorgverzekeraar of patiënt declareren. Denk aan UMC's, algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en solisten. Daaronder vallen ook huisartsenlaboratoria, trombosediensten en kaakchirurgen, hetzij als (toegelaten) instelling die kaakchirurgie levert, hetzij als solist.

Wat gebeurt er bij overschrijding van de omzetgrens?

Zodra de landelijke 'macrogrens' is overschreden, moeten álle zorgaanbieders een deel van de overschrijding terugbetalen aan het Zorgverzekeringsfonds. Zij doen dit naar rato van hun aandeel in de totale omzet in Nederland. Op basis van individuele omzetgegevens van zorgaanbieders berekent de NZa hun afzonderlijke bijdrages.

Worden er wel eens partijen vrijgevestigd van betaling?

Nee. Als de macrogrens is overschreden, zijn alle zorgaanbieders wettelijk verplicht een bedrag af te dragen. Het is dus mogelijk dat aanbieders die niet boven hun individuele omzetgrens zijn uitgekomen wél iets moeten 'terugstorten' in het Zorgverzekeringsfonds. Alleen als de kosten van de afdracht en inning van het bedrag voor de NZa hoger zijn dan de baten, kan de zorgautoriteit besluiten die inning achterwege te laten.

Wat valt precies onder 'omzet'?

Het gaat om declaraties aan de zorgverzekeraar of patiënt die vallen onder de basisverzekering. Onderlinge dienstverlening blijft buiten beschouwing. Het gaat verder niet alleen om de kosten die in een bepaald jaar in rekening zijn gebracht. Het gaat ook om de bedragen die dat jaar gefactureerd hadden kúnnen worden: openstaande rekeningen en 'onderhanden werk'.

3 De nieuwe afspraken

Vier organisatiemodellen

De integrale bekostigingsvorm gaat veelal gepaard met een nieuwe organisatiestructuur. Dat wil zeggen dat ziekenhuizen per 2015 kunnen kiezen tussen diverse organisatiemodellen. Elk impliceert een aparte vorm van samenwerking met medisch specialisten. Klik hieronder op een model om er meer over te lezen.

1 MODEL 1

Medisch specialisten in loondienst

De medisch specialisten (ook de voorheen vrijgevestigden) zijn hierbij in loondienst van het ziekenhuis.

2 MODEL 2

Medisch specialisten in één grote maatschap

Het ziekenhuis sluit een samenwerkingsovereenkomst met een collectief van medisch specialisten dat zich verenigd heeft in een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Dat is een maatschap waarin alle specialisten (rechtstreeks) maat zijn.

3 MODEL 3

Medisch specialisten in een coöperatie

Het ziekenhuis sluit een samenwerkingsovereenkomst met een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) met als rechtspersoon een coöperatie of een besloten vennootschap (bv) en is daarmee een zelfstandige rechtspersoon.

4 MODEL 4

Medisch Medisch specialisten participeren in ziekenhuis

De medisch specialisten worden mede-eigenaar van het ziekenhuis via bijvoorbeeld een specialistencoöperatie. De specialistencoöperatie heeft dan, net als de stichting ziekenhuis, een aandeel in de ziekenhuis-BV en deelt in het resultaat.

Vier organisatiemodellen

Verschillende strategieën

Sommige instellingen volgen samen met de specialisten bewust een langetermijnstrategie. Andere zijn primair gericht op de korte termijn; zij willen vooral de fiscale risico's beperken van zowel het ziekenhuis als de medisch specialisten. Voor veel ziekenhuizen geldt dat meerjarenafspraken met verzekeraars ontbreken.

Gedeelde verantwoordelijkheid

Het is de verantwoordelijkheid van de betrokken partijen dat het ziekenhuisbestuur en de medisch specialisten niet verder van elkaar af komen te staan. Dit lijkt beter te lukken binnen instellingen waar de verhoudingen tussen ziekenhuisbesturen en (collectieven van) vrijgevestigd medisch specialisten van oudsher goed zijn.

Toegenomen macht

In sommige organisatiemodellen lijken medisch specialisten meer macht te krijgen dan toen er nog maatschappen en individuele toelatingsovereenkomsten waren. Of dit in de praktijk echt zo uitpakt, zal blijken uit de samenwerkingsovereenkomsten en de afspraken daarin over de governancestructuur en kwaliteit van zorg.

Lonkende participatie

Sommige ziekenhuizen geven aan dat zij de keuze voor een specifieke samenwerkingsvorm (organisatiemodel 2 of 3) als opstap zien naar de invoering van een participatiemodel. Laatstgenoemde model zorgt in hun ogen voor de meeste gelijkgerichtheid.

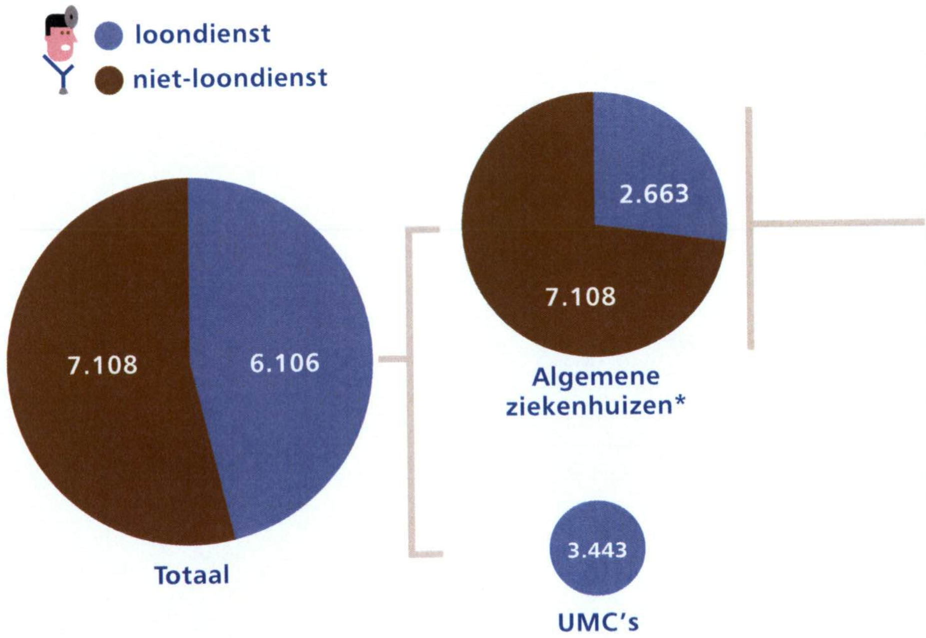
De NZa staat neutraal ten opzichte van de wijze waarop specialisten en ziekenhuizen intern georganiseerd zijn. Evenmin heeft de NZa bemoeienis met de fiscale status van specialisten en/of ziekenhuizen. We besteden in deze eerste monitor wel aandacht aan die onderwerpen, omdat het gaat om een belangrijke marktontwikkeling. Een ontwikkeling, bovendien, die mogelijk gevolgen heeft voor het zorgaanbod op korte en lange termijn.

Vrijgevestigde specialisten werden t/m 2014 voor de belasting gezien als ondernemer. Vanwege het vervallen van de ruling die de medisch specialisten met het ministerie van Financiën hadden en vanwege het vervallen van het declaratierecht voor de medisch specialist zijn nieuwe organisatiemodellen ontwikkeld waardoor medisch specialisten alsnog als ondernemer aangemerkt kunnen worden.

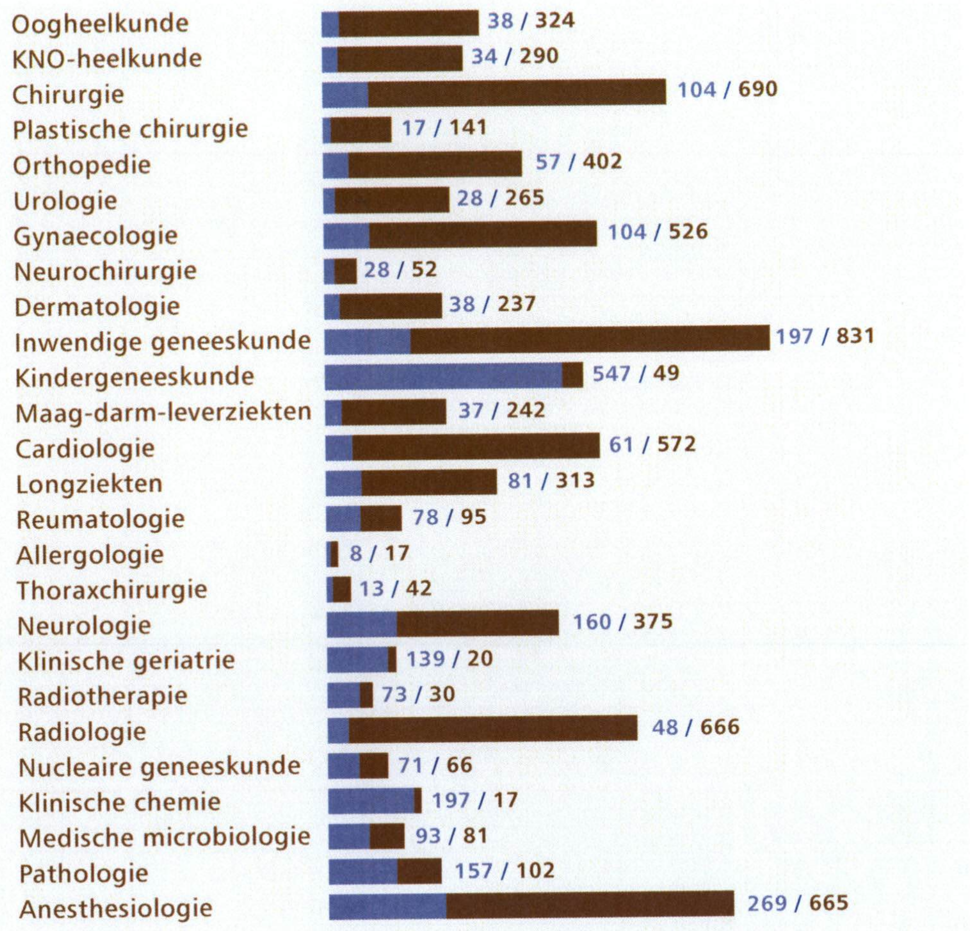
Medisch specialisten: in loondienst en vrijgevestigd

Op verzoek van de minister monitort de NZa de keuzes van medisch specialisten en ziekenhuizen voor een bepaald organisatiemodel. In 2014 is een nulmeting gemaakt die duidelijk maakt hoeveel fte aan medisch specialisten in loondienst zijn en hoeveel vrijgevestigd. De brondata zijn afkomstig uit het jaar 2012.

Totaal fte medisch specialisten in loondienst versus niet-loondienst bij ziekenhuizen, onderverdeeld naar:



Totaal aantal fte medisch specialisten 2012 per specialisme (exclusief UMC's)

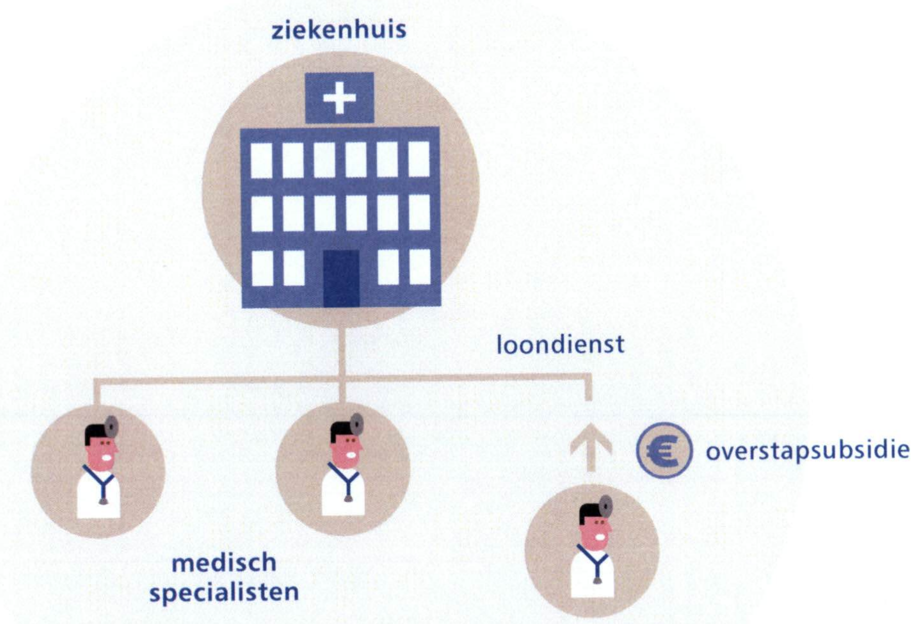


*Hierbij inbegrepen:
- longrevalidatie-instellingen
- epilepsie-instellingen
- radiotherapeutische instellingen
- dialysecentra

MODEL 1
Medisch specialisten in loondienst

Kenmerken
- Medisch specialist komt in loondienst van het ziekenhuis.
- Het ministerie van VWS heeft een subsidieregeling opgesteld ('Overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg') waardoor vrijgevestigd medisch specialisten bij de overstap naar loondienst aanspraak kunnen maken op een subsidiebedrag van € 100.000. Doel hiervan is om het een reële optie te te laten zijn, dat vrijgevestigde medisch specialisten overstappen naar een dienstverband.
- In aanvulling hierop hebben ziekenhuizen soms interne regelingen waardoor er meer geld beschikbaar is voor de overstap naar loondienst.

Toepassing
- Veel ziekenhuizen die een samenwerkingsmodel voorbereiden, geven de vrijgevestigd specialisten ook de mogelijkheid over te stappen naar loondienst.
- Verreweg de meeste ziekenhuizen stellen bij een overstap naar loondienst de voorwaarde dat dit plaatsvindt op het niveau van de hele maatschap (dus niet per individuele specialist).
- Een meerderheid van de vrijgevestigd specialisten lijkt ervoor te kiezen om vrijgevestigd te blijven en niet in loondienst van het ziekenhuis te treden.
- Enkele ziekenhuizen (naar schatting ongeveer vijf) sturen actief aan op het overnemen van alle specialisten in loondienst.
- Medisch specialisten die nu in loondienst zijn, blijven dat over het algemeen ook. De overstap naar vrijgevestigd is zeldzaam.
- Sommige ziekenhuizen bieden specialisten in loondienst de mogelijkheid in loondienst te komen bij het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). De medisch specialist in loondienst van het ziekenhuis voelt hier doorgaans weinig voor.



MODEL 1
Medisch specialisten in loondienst

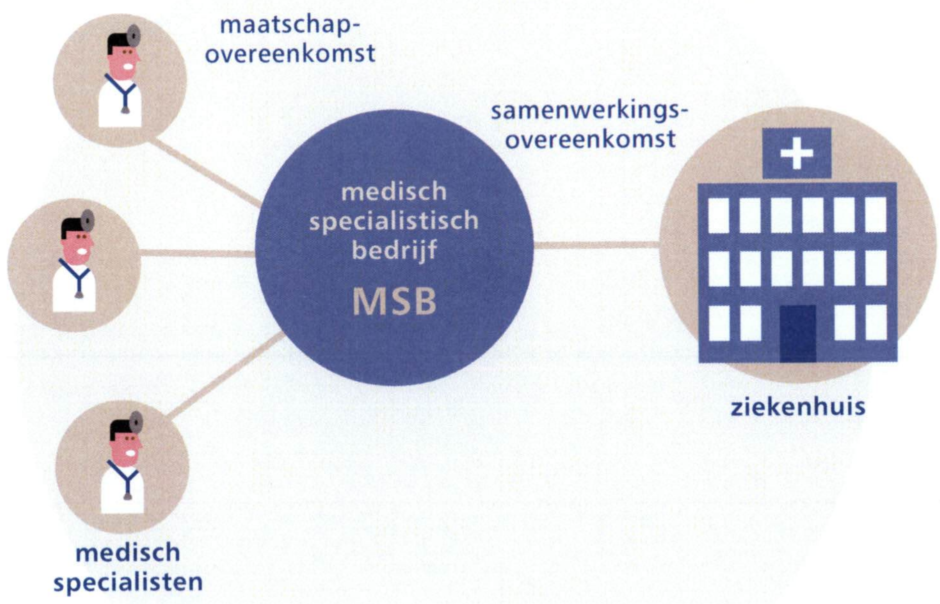
! Aandachtspunten

- In de voorwaarden voor de subsidieregeling was eerst opgenomen dat de specialist minimaal tot 31 mei 2019 op basis van een arbeidsovereenkomst als medisch specialist werkzaam moet zijn. Specialisten die in de komende jaren met pensioen zouden gaan, of om andere redenen zouden stoppen, zouden dan geen aanspraak kunnen maken op de regeling. De formulering van deze voorwaarde is aangepast, zodat ook deze specialisten van de subsidie gebruik kunnen maken.
- De Wet Normering Topinkomens (WNT) is nog niet van toepassing op medisch specialisten. Maar sommige instellingen noemen de dreigende inkomensbeperkingen die voortvloeien uit die wet toch als belemmering voor een eventuele overstap van medisch specialisten naar loondienst.
- Soms worden onduidelijkheden over pensioenen en arbeidsongeschiktheidsverzekering ook als een belemmering ervaren om over te stappen naar loondienst.
- Als reden om niet over te stappen naar loondienst worden ook fiscale nadelen genoemd. Zo profiteren vrijgevestigde medisch specialisten in een maatschap (niet zijnde een bv) nu nog van de voordelen die een IB-ondernemer voor de inkomstenbelasting heeft, zoals de zelfstandigenaftrek.
- Ziekenhuizen zijn soms nog zoekende hoe ze in de nieuwe organisatiestructuur een goede balans kunnen houden tussen vrijgevestigd en loondienst. Ze willen ook de belangen van 'loondiensters' voldoende borgen.

MODEL 2
Medisch specialisten in één grote maatschap

Kenmerken

- Het ziekenhuis sluit een samenwerkingsovereenkomst met een collectief van medisch specialisten. Die specialisten hebben zich verenigd in één maatschap: het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). De tot dan toe bestaande maatschappen en de individuele toelatingsovereenkomsten met het ziekenhuis vervallen.
- Voorwaarde voor de fiscus is dat de onderneming van de specialisten voldoende 'geladen' wordt, onder andere door eigen personeel aan te nemen en reële, substantiële investeringen te doen.
- Het ondersteunend en medisch personeel dat nodig is voor de uitvoering van overeengekomen werkzaamheden moet rechtstreeks in loondienst van het MSB komen. Inhuur van personeel vanuit het ziekenhuis is in het kader van de transitie aanvaardbaar gedurende een beperkte periode (maximaal 1 jaar).
- Het is noodzakelijk dat de medisch specialisten reële en substantiële (fiscale) ondernemersrisico's lopen, net als andere ondernemers. Om deze risico's af te dekken, moet er voldoende eigen vermogen zijn.
- Het gaat hier om een fiscaal transparant model, oftewel: de individuele specialisten in de maatschap zijn zelf belastingplichtig. De specialist profiteert als ondernemer van een aantal belastingvoordelen voor ondernemers, zoals de zelfstandigenaftrek.
- Het MSB bewaakt de kwaliteit en continuïteit van de diensten die het uitvoert op basis van de samenwerkingsovereenkomst. Ook zorgt het MSB voor de noodzakelijke kennisborging en opleiding.



Nederlandse Zorgautoriteit

MODEL 2
Medisch specialisten in één grote maatschap

Toepassing

- Het merendeel van de ziekenhuizen kiest voor een samenwerkingsmodel. Dat blijkt uit de interviews die zijn afgenomen door de NZa, en uit een inventarisatie van de Orde van Medisch Specialisten van begin november 2014.
- In deze inventarisatie van de OMS kiezen 62 van de 67 ondervraagden voor een samenwerkingsmodel. Van deze 62 opteerden er destijds 30 voor de fiscaal transparante 'maatschapsvariant' in plaats van de fiscaal niet-transparante 'coöperatievariant'.
- Sommige specialisten kiezen voor de fiscaal transparante variant omdat ze dan als IB-ondernemer profiteren van belastingvoordelen, zoals de zelfstandigenaftrek. Sommige ziekenhuisbesturen kiezen voor het transparante model omdat er daarin een directe lijn is tussen het ziekenhuisbestuur en de individuele specialist.
- Eind 2014 begon een aantal instellingen de keuze voor een transparant samenwerkingsmodel te heroverwegen. Mede om fiscale redenen neigden zij toch meer naar het niet-transparante model. Definitieve aantallen van 'overstappers' zijn nog niet bekend.
- Deskundigen melden dat er constructies zijn waarbij ook maatschap-bv's deelnemen aan een maatschap in een transparant samenwerkingsmodel.

! Aandachtspunten

- Sommige partijen in het veld maken zich zorgen over de investeringseisen van de Belastingdienst. Deze eisen zouden voor sommige ziekenhuizen niet reëel zijn.
- Er zijn ziekenhuisbesturen die beducht zijn voor het overdragen van personeel aan het MSB. Een ziekenhuis is immers meer dan een facilitair bedrijf.
- Sommige partijen in het veld vinden het transparante model onwenselijk omdat er geen bestuur is met een statutaire bevoegdheid, terwijl het MSB wel delen van het ziekenhuis kan overnemen (i.v.m. de investeringseisen).
- Wanneer een dergelijk MSB vervolgens een toelating aanvraagt om een instelling voor medisch specialistische zorg te worden, kan het een concurrent van het ziekenhuis zelf worden en is er het gevaar van afsplitsing. Overigens zal de MSB daarvoor wel eerst aan de organisatie-eisen moeten voldoen die de WTZi stelt. In deze vorm voldoet de MSB daar niet aan.
- Het is belangrijk dat er goede afspraken worden gemaakt over de financiële vulling van de coöperatie. Zie ook twee soorten coöperaties.

MODEL 3
Medisch specialisten in een coöperatie

Kenmerken

- Het ziekenhuis sluit een samenwerkingsovereenkomst met een collectief van medisch specialisten. Die specialisten hebben zich verenigd in een coöperatie: het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). De tot dan toe bestaande maatschappen en de individuele toelatingsovereenkomsten met het ziekenhuis vervallen.
- De specialisten brengen hun eigen bedrijf onder in een Personal Holding-bv en sluiten een ledenovereenkomst met de coöperatie.
- Het gaat hier om een fiscaal niet-transparant model: de individuele specialisten zijn zelf niet belastingplichtig, de onderneming wel.
- De coöperatie kent een eigen bestuurlijke organisatie met substantiële tijdsbesteding aan dit bestuurswerk. Ook is er een adequate bestuursvergoeding en voldoende bestuursondersteuning.
- Het MSB is voldoende zelfstandig en kan eigen risico's opvangen met voldoende eigen vermogen.
- Het MSB bewaakt de kwaliteit en continuïteit van de diensten die zij uitvoert op basis van de samenwerkingsovereenkomst. Ook zorgt het MSB voor de noodzakelijke kennisborging en opleiding.

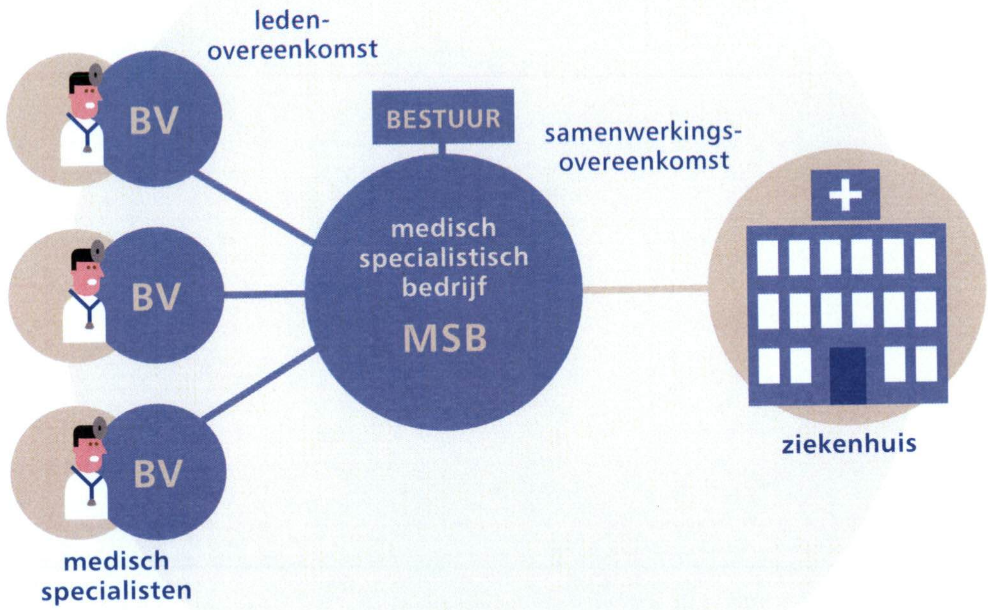
Twee soorten coöperaties

Coöperaties zijn er in twee mogelijke varianten: met beperkte aansprakelijkheid (BA) of met uitgesloten aansprakelijkheid (UA). Ziekenhuisbesturen kunnen kunnen een voorkeur hebben voor een BA, omdat alleen dan middelen kunnen worden teruggehaald bij de individuele bv's binnen die coöperatie. Bijvoorbeeld bij een toepassing van het MBI of bij een boete van bijvoorbeeld de NZa of de ACM. In een situatie van UA is zo'n bedrag alleen terug te halen bij coöperatie zelf. Heeft die onvoldoende middelen, dan staat het ziekenhuis met lege handen. Dit kan ondervangen worden door binnen een UA in de samenwerkingsovereenkomst goede afspraken te maken over financiele vulling. Ook belangrijk is dat een coöperatie in de individuele ledenovereenkomsten goed vastlegt dat er een verrekening plaatsvindt als dat nodig is.

MODEL 3
Medisch specialisten in een coöperatie

Toepassing
- In een inventarisatie van de OMS van november 2014 kiezen 62 van de 67 ondervraagden voor een samenwerkingsmodel. Van deze 62 opteerden er destijds 32 voor de fiscaal niet-transparante 'coöperatievariant'.
- Eind 2014 begon een aantal instellingen de keuze voor een transparant samenwerkingsmodel te heroverwegen. Mede om fiscale redenen neigden zij toch meer naar het niet-transparante model: dat zou meer fiscale zekerheid geven. Definitieve aantallen van 'overstappers' zijn nog niet bekend.

! Aandachtspunten
- Soms komt het voor dat tussen de coöperatie en de PH-bv's nog maatschap-bv's staan. In theorie kan zo'n maatschap-bv dan participeren in coöperaties van verschillende ziekenhuizen (regiomaatschap).
- Een belangrijk discussiepunt is de *vrije vervangbaarheid*. Meer informatie hierover.



Nederlandse Zorgautoriteit

MODEL 3
Medisch specialisten: in een coöperatie

Vrije vervangbaarheid

De Belastingdienst eist van de specialisten in het niet-transparante model dat zij 'vrij vervangbaar' zijn. Dit strookte echter niet met concept samenwerkingsovereenkomsten tussen het medisch specialistisch bedrijf en het ziekenhuisbestuur. In die overeenkomsten stond namelijk de afspraak dat iemand alleen mag deelnemen aan het MSB na akkoord van het ziekenhuisbestuur. Dat houdt in dat de specialist dus niet vrij vervangbaar is. De Belastingdienst noemt dit dan een 'fictief dienstverband'.

De vrije vervangbaarheid geldt niet alleen binnen het MSB, daar kunnen de specialisten elkaar onderling doorgaans vervangen. De toets op vrije vervangbaarheid vindt plaats op het individuele niveau (Personal Holdings). Er moet dus iemand vanuit dat bedrijf gestuurd kunnen worden ter vervanging. De Belastingdienst heeft aangegeven hoe dit ondervangen kan worden en heeft concept-teksten geleverd voor in de samenwerkingsovereenkomst:

Het bestuur van het MSBC meldt aan de Raad van Bestuur van het Ziekenhuis welke medisch specialist voor het MSB werkzaam zijn in het Ziekenhuis inclusief de vervangers. Het bestuur van het MSB en de Raad van Bestuur van het Ziekenhuis formuleren samen **objectieve kwalificaties** *waaraan MS en hun eventuele vervangers moeten voldoen. Bij toetreding als lid van het MSB of als medisch specialist in dienstverband van het MSB of bij vervanging van een medisch specialist in het MSB toetst het MSB bestuur of aan deze kwalificaties wordt voldaan en geeft hier op verzoek van de Raad van Bestuur van het Ziekenhuis inzage in.*

Objectieve kwalificaties

Voorbeelden van mogelijke objectieve kwalificaties zijn:

- BIG-registratie
- Verklaring van goed gedrag
- Eventuele aantekeningen in het dossier, en wat daarmee gedaan is.
- Sociale vaardigheden
- IFRS (kwaliteitskeurmerk)
- Gevisiteerd

MODEL 4
Medisch specialisten participeren in ziekenhuis

Kenmerken

- De medisch specialisten krijgen een financieel belang in het ziekenhuis en worden zo 'mede-eigenaar'.
- Dit kan door als specialisten en ziekenhuisstichting gezamenlijk te participeren in een ziekenhuis vennootschap onder firma (ziekenhuis-vof) of in een ziekenhuis-bv. In de eerste situatie spreken we van een fiscaal *transparant* model, in de tweede van een fiscaal *niet-transparant* model.
- Deze ziekenhuis-vof of ziekenhuis-bv heeft mogelijk ook een eigen toelating als instelling voor medisch specialistische zorg. Op grond van de huidige wet mag de toegelaten instelling geen winst uitkeren; hiervoor ligt een wetswijziging voor in de Eerste Kamer.
- In een fiscaal transparant model participeren de specialisten via één grote maatschap. In een fiscaal niet-transparant model via een coöperatie (of bv).
- In een vof-overeenkomst of bv-overeenkomst leggen beiden partijen vast hoe de participatie is vormgegeven.
- Voor meer over de andere overeenkomsten, en over de fiscale positie van de specialist: zie de pagina's over de samenwerkingsmodellen.

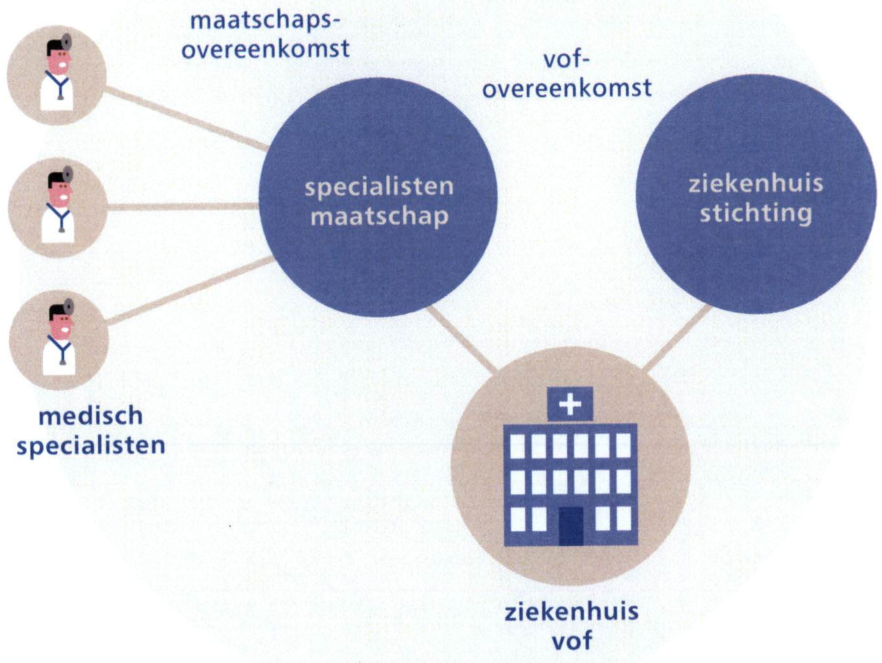
Toepassing

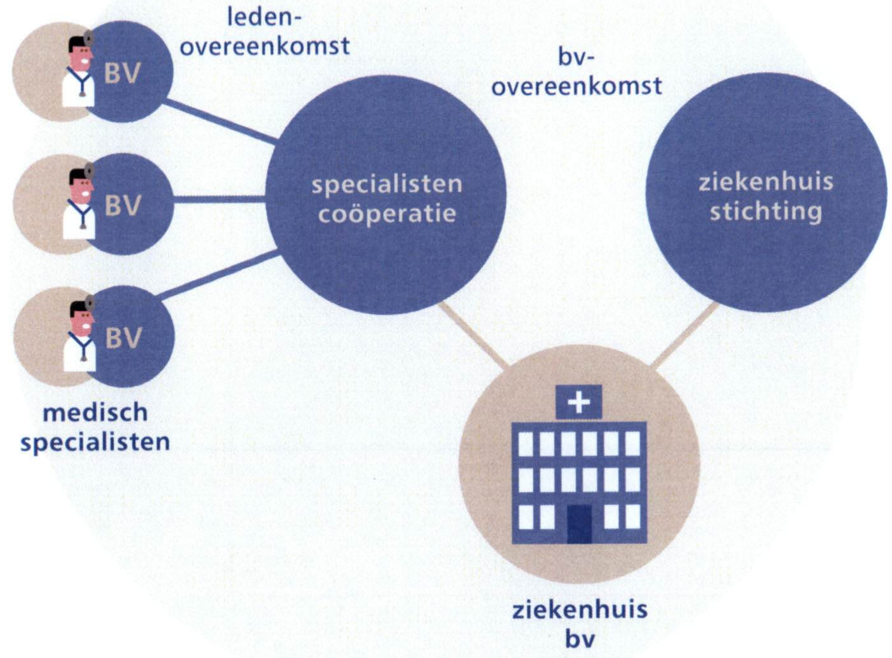
- Enkele ziekenhuizen (maximaal vijf) zouden per 2015 voor het participatiemodel willen kiezen.
- Sommige ziekenhuizen geven aan dat zij de keuze voor een samenwerkingsmodel als opstap zien naar de invoering van een participatiemodel. Dit model zorgt in hun ogen voor de meeste gelijkgerichtheid, de termijn was echter voor hen te kort om dit al per 2015 te realiseren.

! Aandachtspunten

- Afhankelijk van de fiscale vorm (transparant of niet-transparant) gelden ook bepaalde aandachtspunten die genoemd staan bij het samenwerkingsmodel.
- De Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) is het garantie-instituut van en voor zorginstellingen. Met een borgstelling van het WFZ kan een zorginstelling tegen gunstige condities financiering aantrekken voor investeringen.
- Op grond van de reglementen van het WFZ dienen deelnemers (zoals ziekenhuizen) een wijziging in de (juridische) structuur te melden bij het WFZ en hier toestemming voor te vragen. Bij de nieuwe overeenkomsten met specialisten is dat wellicht ook het geval. Naar aanleiding van de oproep van het WFZ heeft inmiddels een groot deel van de ziekenhuizen zich gemeld.
- Vooral bij het participatiemodel moet men op dit vorige punt extra alert zijn. Immers wijzigen naar alle waarschijnlijkheid dan ook de eigendomsverhoudingen.

MODEL 4
Medisch specialisten participeren in ziekenhuis





4 De gevolgen en resultaten

→ Hoe gaat het met de kwaliteit en veiligheid van de zorg?

→ Welke overeenkomsten worden gesloten?

→ Hoe gaat het met de vergoedingen voor zorg?

→ Hoe gaat het met de vorming van MSB's?

→ Hoe gaat het met registreren en declareren?

→ Hoe gaat het met de overlegstructuren?

→ Hoe gaat het met de inkoop van zorg?

→ Hoe gaat het met het toezicht?

Nederlandse Zorgautoriteit

Hoe gaat het met de kwaliteit en veiligheid van zorg?

Kwaliteit en veiligheid van zorg zijn er sterk bij gebaat als duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is en op welke punten kan worden aangesproken. Zeker waar fiscale belangen de boventoon voeren in gesprekken, dreigt dit onvoldoende te gebeuren.

Wie is verantwoordelijk voor verantwoorde zorg?

1. Ziekenhuisbesturen
De kwaliteitswet schrijft voor dat ziekenhuisbesturen de zorg zó moeten organiseren dat dit (redelijkerwijs) leidt tot verantwoorde zorg. Dit betekent dat die besturen de eindverantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit en veiligheid.

2. Interne toezichthouders
De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) schrijft daarnaast voor dat een ziekenhuis een onafhankelijk toezichthoudend orgaan heeft dat het bestuur toetst op genoemde verantwoordelijkheid.

3. Medisch specialisten
De medisch specialisten hebben verder als professional verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van hun handelen. Daarop zijn zij ook aanspreekbaar op grond van onder andere de Wet Big.

Afspraken
In de (samenwerkings)overeenkomsten tussen ziekenhuizen en medisch specialisten moeten afspraken worden opgenomen over de wederzijdse verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van de zorg. Wanneer de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg niet aanwezig zijn kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg ingrijpen.



Zelftest
Als handreiking om het maken van die afspraken te ondersteunen heeft de IGZ een Zelftest ontwikkeld. Deze test is enkel bedoeld om het gesprek tussen bestuurders en medisch specialisten te faciliteren. Het is volgens de IGZ geen kant-en-klaar toetsingskader. De IGZ zal ook niet vooraf een oordeel geven over de plannen van het ziekenhuis. De Zelftest is echt 'van en voor' het veld. De IGZ verwacht dat veldpartijen de Zelftest doorontwikkelen.

Nederlandse Zorgautoriteit

Hoe gaat het met de kwaliteit en veiligheid van zorg?

Onderwerpen uit de Zelftest

1 De Raad van Bestuur stelt het medische inhoudelijke zorgprofiel en de toekomststrategie op, samen met de professionals en andere belanghebbenden.
2 De medisch specialisten leggen zowel collectief als individueel verantwoording af aan de Raad van Bestuur van het ziekenhuis over hun handelen.
3 Als de professionele omgeving er niet uitkomt, is de Raad van Bestuur in staat om in te grijpen bij disfunctioneren.
4 Invoering, gebruik en afstoting van medische hulpmiddelen en medicatie gebeurt binnen één kwaliteitssysteem.
5 Borging dat voor alle (medische en niet-medische) professionals altijd minimaal de kwaliteitsstandaard van het ziekenhuis geldt.
6 Alleen de Raad van Toezicht zit op de stoel van de Raad van Toezicht

Wetten (en meer)

Kwaliteitswet zorginstellingen

Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)

Wet Big

Overig:

- Zorgbrede Governance-code
- Toetsingskader Bestuurlijke Verantwoordelijkheid voor Kwaliteit en Veiligheid (IGZ)

Uitgangspunten en ontwikkelingen governance

- De patiënt dient centraal te staan. Ook in tijden van grote veranderingen moet er verantwoorde zorg geleverd worden.
- Zorgaanbieder (Raad van bestuur) is eindverantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid van zorg. Dit is wettelijk vastgelegd.
- Zorgaanbieder organiseert de zorg dusdanig, en draagt zorg voor een zodanig verantwoordelijkheidsverdeling dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. Dit is wettelijk vastgelegd
- Er is sprake van een geïntegreerd kwaliteitssysteem.
- Professionals hebben eigen verantwoordelijkheid voor verantwoorde zorg aan patiënt.
- Professionals dienen zich te houden aan de kaders en richtlijnen die zijn opgesteld door het veld
- Professionals dienen zich toetsbaar op te stellen. Hierbij past het melden van (bijna-)calamiteiten en het volgen van audits en visitaties.
- Professionals dienen verantwoording af te leggen aan ziekenhuisbestuur en ultimo ook aan de samenleving.

Nederlandse Zorgautoriteit

Welke overeenkomsten worden gesloten tussen de individuele specialist en het MSB?

Afspraken over verantwoordelijkheden worden vastgelegd in overeenkomsten. Binnen een ziekenhuis zijn daar allerlei varianten van. De samenwerkingsovereenkomst tussen het ziekenhuisbestuur en het MSB vormt de basis. Daarnaast zijn er overeenkomsten tussen het MSB en individuele specialisten, en soms ook tussen het bestuur van het ziekenhuis en de individuele specialisten.

Samenwerkingsovereenkomst (bestuur ziekenhuis / MSB)

Er zijn verschillende soorten standaard samenwerkingsovereenkomsten in omloop. De inhoud hangt af van het gekozen organisatiemodel. Elk ziekenhuis en elke MSB zal in overleg moeten bepalen hoe hún overeenkomst eruitziet. In de samenwerkingsovereenkomsten staan afspraken over onder meer:

- doel van de overeenkomst;
- proces van productie- en prijsafspraken;
- taken en verantwoordelijkheden bij bepaling zorgaanbod;
- taken en verantwoordelijkheden bij onderhandelingen met zorgverzekeraars;
- continuïteitsafspraken;
- organisatie en administratie;
- kwaliteit en veiligheid;
- financiële verhoudingen;
- verantwoording;
- gedragsnormen.

Instemmingsverklaring (individuele specialist / bestuur ziekenhuis)

In ieder geval binnen het niet-transparante model wordt een instemmingsverklaring gehanteerd. Dit is een verklaring die de kwaliteit en veiligheid moet borgen. Zo verklaart de individuele specialist dat hij zich gebonden acht aan wettelijke verplichtingen en aan regels die de instelling heeft vastgesteld omtrent zorgverlening, kwaliteit en veiligheid.

Mogelijk zijn ook in transparante modellen zulke verklaringen noodzakelijk. Vooral als de samenwerkingsovereenkomst afspraken bevat over wie primair aangesproken wordt op het nakomen van afspraken (bijv. het bestuur van een maatschap).

Zorg over zorgverantwoordelijkheid

Het bestuur van een ziekenhuis is verantwoordelijk voor de zorg in de instelling. Het is wettelijk verplicht de zorg zó te organiseren dat die organisatie (redelijkerwijs) leidt tot verantwoorde zorg. Sommige besturen maken zich zorgen over deze verantwoordelijkheid en verplichting. Is de samenwerkingsovereenkomst met het MSB, in combinatie met de individuele instemmingsverklaringen, wel voldoende om een eventuele disfunctionerende specialist aan te spreken?

Welke overeenkomsten worden gesloten tussen de individuele specialist en het MSB?

Maatschapsovereenkomst	Dienstverleningsovereenkomst	Aandeelhoudersovereenkomst
Geldt alleen in een fiscaal transparant organisatiemodel waarin alle medisch specialisten in één grote maatschap zitten.	Geldt alleen in een fiscaal niet-transparant organisatiemodel waarin de medisch specialisten zich verenigd hebben in een coöperatie.	Geldt alleen in een fiscaal niet-transparant organisatiemodel waarin de medisch specialisten gezamenlijk een bv vormen.
De samenwerkingsovereenkomst is gesloten met de maatschap. Alle maten zijn hoofdelijk aansprakelijk. Het bestuur van het ziekenhuis kan zowel de maatschap als de individuele specialist aanspreken op nakoming van verplichtingen (tenzij anders afgesproken in de samenwerkingsovereenkomst). De consequenties van de afspraken in de samenwerkingsovereenkomst voor de individuele specialist zullen in de maatschapsovereenkomst moeten worden vastgelegd.	De samenwerkingsovereenkomst is gesloten met de coöperatie. Het bestuur van het ziekenhuis kan individuele specialisten geen aanwijzing geven, maar wel de coöperatie. In deze overeenkomst zal dus opgenomen moeten worden dat een aanwijzing van het bestuur van het ziekenhuis aan de coöperatie moet worden opgevolgd door de specialisten op wie die aanwijzing van toepassing is.	De samenwerkingsovereenkomst is gesloten met de bv. Het bestuur kan individuele specialisten geen aanwijzing geven, maar de bv wel. In deze overeenkomst moet dus opgenomen worden dat een aanwijzing van het bestuur van het ziekenhuis aan de coöperatie moet worden opgevolgd door de specialisten op wie die aanwijzing van toepassing is.

Hoe gaat het met de vergoedingen voor zorg?

Omdat per 2015 de aparte tarieven en honorariumplafonds voor vrijgevestigde specialisten verdwijnen, moeten ziekenhuis en MSB jaarlijks prijs- en productieafspraken maken. Deze afspraken kunnen positieve prikkels bevatten voor kwaliteit, veiligheid en borging van patiëntenbelangen.

Er zou bijvoorbeeld gewerkt kunnen worden met een deels vast, deels variabel vergoedingensysteem. Voor het variabele deel kunnen dan kritieke prestatie-indicatoren (kpi's) geformuleerd worden. Bij het creëren van een vergoedingensysteem is het belangrijk rekening te houden met eventuele risico's. Bijvoorbeeld een tegenvallende omzet als gevolg van plafondafspraken met zorgverzekeraars, vraaguitval, calamiteiten en door de overheid opgelegde kortingen.

Hoever zijn ziekenhuizen al met financiële afspraken?

In veel ziekenhuizen is al wel gesproken over de opzet van de samenwerkingsovereenkomst. Halverwege december 2014 lagen er echter nog nergens concrete afspraken vast over de vergoedingensystematiek en de hoogte van vergoedingen. Uit interviews blijkt dat binnen veel MSB's getracht wordt de bestaande omzetverdeling voort te zetten. Soms nemen ziekenhuizen en MSB het huidige honorariumplafond als uitgangspunt voor onderlinge vergoeding.

Waar zou men op moeten letten bij die afspraken?

Nog lang niet alle ziekenhuizen lijken zich ervan bewust dat de komst van het integrale macrobeheersinstrument (MBI) ook doorvertaald zou moeten worden naar afspraken met de medisch specialisten. Mocht deze generieke maatregel ingezet worden, dan is het van belang om hier zwart op wit goede afspraken over te hebben. In de samenwerkingsovereenkomsten zou bijvoorbeeld bepaald moeten worden hoe om te gaan met het MBI – of met eventuele andere kortingen en boetes.

Is dat nog anders per organisatiemodel?

In een transparant model is de samenwerkingsovereenkomst gesloten met de maatschap en zijn alle maten hoofdelijk vertegenwoordigd. In een niet-transparant model is er een samenwerkingsovereenkomst met de coöperatie of bv. In de ledenovereenkomst (tussen coöperatie of bv en de individuele specialist) wordt idealiter opgenomen dat kortingen, boetes en dergelijke ook ingehouden worden op de uitbetalingen aan de individuele Private Holding bv's. Als dit niet goed geregeld wordt, loopt het ziekenhuis een extra financieel risico.

Hoe gaat het met de vorming van MSB's?

Het oprichten van een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) kan gezien worden als een voortzetting van het oude 'collectief' van specialisten; zo'n collectief vormt nu alleen een entiteit in een formelere organisatiestructuur. Vanuit dat perspectief zou het aantal organisatie-eenheden vanaf 2015 gelijk moeten blijven. Maar wat als er meerdere MSB's in een ziekenhuis ontstaan? Daarmee dreigt versnippering.

Onafhankelijke specialismen

Uit interviews blijkt dat er in sommige ziekenhuizen specialismen zijn die bewust kiezen voor een eigen MSB. Een veelgehoord voorbeeld is de kaakchirurgie (zie kader), maar op zich is dat nog niet zo ongebruikelijk: die maakten evenmin onderdeel uit van de oude collectieven. Nieuw is dat er nu ook andere specialismen een eigen MSB oprichten in een ziekenhuis.
Dat komt in sommige gevallen doordat regiomaatschappen meerdere ziekenhuizen willen bedienen. Maar het kan ook zo zijn dat een individueel specialisme zich niet kan vinden in de centraal gemaakte afspraken. De NZa wil in 2015 gaan vaststellen in hoeveel ziekenhuizen dit het geval is.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zijn beducht voor een versnipperd zorgveld. Zij vrezen dat de nieuwe MSB's ook een toelating aanvragen als instelling. Dan zouden de specialisten zelf zorgproducten kunnen gaan declareren aan de verzekeraars en worden ze concurrent van het ziekenhuis waar ze een MSB in waren.
Die situatie zou het moeilijker maken voor verzekeraars om collectieve afspraken te maken. Uit recente cijfers van het CIBG blijkt dat er nog geen toename is van het aantal toelatingen voor instellingen van medisch specialistische zorg (hier vallen formeel ook ggz-instellingen onder). De NZa houdt bij of dit de komende jaren verandert.

Aantal nieuwe toelatingen Instellingen voor Medisch Specialistisch Zorg (incl. GGZ) per maand vanaf 2012 (Bron: CIBG).

Maand	2012	2013	2014
Januari	19	13	21
Februari	7	9	6
Maart	12	10	6
April	8	7	8
Mei	14	6	5
Juni	10	4	10
Juli	17	18	12
Augustus	3	8	4
September	9	13	8
Oktober	12	16	10
November	3	14	3
December	6	12	nnb*
Eindtotaal	**120**	**130**	**93**

*Betreft stand van zaken op 1 december 2014.
Op deze datum was er nog één openstaande aanvraag.

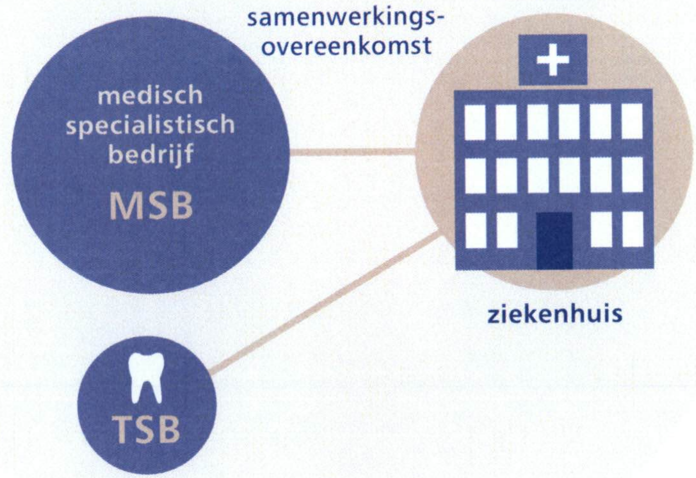
Hoe gaat het met de vorming van MSB's?

Kaakchirurgie

De kaakchirurgie neemt in veel ziekenhuizen een eigenstandige positie in. In sommige ziekenhuizen waar een samenwerkingsmodel wordt voorbereid, gaat de kaakchirurgie onderdeel uitmaken van het MSB. In andere ziekenhuizen verenigen de kaakchirurgen zich in een eigen Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf (TSB). Doorgaans liften deze constructies voor kaakchirurgie binnen ziekenhuizen mee op de afspraken die het ziekenhuisbestuur maakt met het MSB.

3 redenen voor de kaakchirurgen om een eigen TSB op te zetten:

1. Historisch gezien zijn de kaakchirurgen altijd buiten de kring van medisch specialisten gebleven; ze vielen bijvoorbeeld nooit onder de regelingen voor vrijgevestigd specialisten (zoals lumpsum en honorariumplafond). Om die reden maken de kaakchirurgie maatschappen ook vrijwel nergens deel uit van de huidige collectieven.
2. Kaakchirurgie heeft andere, eveneens historisch gegroeide karakteristieken. Gemiddeld heeft het bijvoorbeeld meer eigen apparatuur en personeel dan andere specialismen.
3. Er zijn nogal wat kaakchirurgiemaatschappen in meerdere ziekenhuizen actief. Als zij geen eigen TSB opzetten, zouden ze in meerdere MSB's moeten meedoen. Om pragmatische redenen heeft een aparte positie hun voorkeur.



Hoe gaat het met het registreren en declareren?

Afspraken over correct registreren en declareren van geleverde zorg: in de gehanteerde standaardovereenkomst(en), vaak opgesteld door externe bureaus, is hier doorgaans al het een en ander over opgenomen. Veel instellingen blijken er echter in '*face to face*'-onderhandelingen (nog) niet concreet over gesproken te hebben. Als er geen heldere afspraken over gemaakt worden, kan dat tot fouten leiden.

De verantwoordelijkheid voor het correct *registreren* van geleverde zorg ligt nu voor een belangrijk deel bij de medisch specialist. Voor het correct declareren ligt de verantwoordelijkheid primair bij de declarerende partij (per 2015: de instelling). Een aantal ziekenhuizen gaf aan die verantwoordelijkheden nog te gaan bespreken en vastleggen, in de aanloop naar de invoering van de integrale bekostiging.

Uit interviews blijkt echter ook dat sommige partijen nu in samenwerkingsovereenkomsten laten vastleggen dat medisch specialisten niet verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van registratie en declaratie. De NZa wijst er op dat het de verantwoordelijkheid van de medisch specialist is én blijft om de zorg op een juiste manier te registreren. Deze verplichting is vastgelegd in de regeling medisch specialistisch zorg en blijft ook per 1 januari gelden voor de specialist.

Wat houdt de registratieverplichting in?
De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert (doorgaans de medisch specialist) is verantwoordelijk voor:
- het openen van zorgtrajecten die leiden tot DBC-zorgproducten;
- het vaststellen of er bij de behandeling van een patiënt aan de medische indicatievereisten wordt voldaan op basis van de Zorgverzekeringswet;
- het op een juiste wijze registreren van zorgactiviteiten;
- het correct registreren van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose als onderdelen van het DBC-zorgproduct;
- het juist registreren van de ICD-10-code.

Declaraties zullen minder vaak juist zijn als registraties onzorgvuldig verlopen. De juistheid van declaraties blijft dan ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid en beiden kunnen hier op aangesproken worden. Goede afspraken tussen het declarerende ziekenhuis en de registrerende specialisten (het MSB) zijn dus van essentieel belang. Dit belang is nog eens extra duidelijk geworden in de problematiek omtrent de jaarrekeningen over 2013.

Hoe gaat het met de overlegstructuren?

Overlegstructuren tot 2015:

Collectief van vrijgevestigde medisch specialisten:
- is het aanspreekpunt voor het bestuur over alle zaken met uitzondering van de vergoedingen;
- bepaalt vaak zelf de verdeling van vergoedingen onder specialisten;
- omvat enkel de vrijgevestigde medisch specialisten.

Vereniging Medische Staf (VMS)
- is het aanspreekpunt voor het bestuur qua alles behalve vergoedingen;
- omvat de vrijgevestigde medisch specialisten;
- omvat de medisch specialisten in loondienst;
- biedt soms ook ruimte aan andere beroepsgroepen.

Overlegstructuren na 2015:

Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB):
- omvat het oude collectief van vrijgevestigde medisch specialisten;
- heeft een breder takenpakket dan het verdelen van financiële middelen.

Vereniging Medische Staf (VMS):
- wordt soms ondergebracht bij het MSB, maar doorgaans niet;
- krijgt in sommige ziekenhuizen per 2015 twee 'kamers':
  - voor leden in dienstverband;
  - voor leden die deel uitmaken van het MSB.

Vereniging van Medisch Specialisten in Dienstverband:
- worden soms lokaal opgericht;
- behartigen specifiek de beroepsbelangen van specialisten in dienstverband.

!

De NZa acht het van groot belang dat:
- naast vrijgevestigde medisch specialisten ook de medisch specialisten in dienstverband en de andere beroepsgroepen in het ziekenhuis voldoende stem hebben in zaken die hen aangaan;
- er goede afspraken gemaakt worden over waar met wie over welk onderwerp overlegd en beslist wordt.

Hoe gaat het met de inkoop van zorg?

Zorgverzekeraars blijken het onderwerp integrale bekostiging maar beperkt te bespreken met ziekenhuizen. Zij zien de keuze voor bepaalde organisatiemodellen als iets wat hen eigenlijk niet aangaat. Hun voorkeur gaat licht uit naar het loondienstmodel, vanwege de lagere productieprikkel bij de specialist. Bestuurbaarheid van ziekenhuizen en naleving van groeiafspraken vinden zij echter het allerbelangrijkst.

Verzekeraars:
- zien het aantal zelfstandige behandelcentra dat een contract wil afsluiten niet toenemen;
- kopen materieel al veel langer integraal in;
- hebben geen aparte onderhandelingen met specialisten, al zitten die wel vaak aan tafel;
- zien vooralsnog weinig impact van het integraal tarief op de inkoop;
- vinden één tarief op de nota beter uit te leggen aan zorgconsumenten dan twee tarieven.

Wel met verzekeraars, niet met specialisten
Voor 2015 zijn de contractafspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars voor een aanzienlijk deel afgerond. De (aanloop naar) integrale tarieven heeft, naar het zich laat aanzien, geen invloed gehad op die afspraken. Merkwaardig genoeg zijn er dus contractafspraken met verzekeraars gemaakt terwijl ziekenhuizen en specialisten onderling nog géén prijs- en productieafspraken gemaakt hebben.

Hoe gaat het met het toezicht op zorg?

Het toezicht op ziekenhuizen betreft niet alleen kwaliteit en bedrijfsvoering. Er zijn ook meer specifieke vormen van toezicht, bijvoorbeeld op het marktgedrag van de instellingen. Het toezicht op ziekenhuiszorg wordt uitgeoefend door verschillende toezichthouders. In dit kader zijn met name relevant: de NZa, de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) en de Autoriteit Consument & Markt (ACM).

Toezicht op kwaliteit en bedrijfsvoering

Een zorginstelling moet op grond van de WTZi (artikel 9) voldoen aan bepaalde eisen qua bestuursstructuur. Diezelfde wet verplicht waarborgen voor een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering. Bovendien moet de instelling voldoen aan de eisen van de Kwaliteitswet zorginstellingen. De IGZ ziet toe op de naleving van zowel de WTZi als de Kwaliteitswet zorginstellingen. De publicatie en aanlevering van een jaardocument is bijvoorbeeld een belangrijke vereiste.

De invoering van het integraal tarief heeft op zichzelf geen gevolgen voor dit toezicht. Maar veranderingen in de interne organisatie van ziekenhuizen wel. De vorming van MSB's leidt er immers toe dat er bij de levering van zorg twee entiteiten zijn betrokken: het ziekenhuis (dat de toelating heeft en op basis van die toelating het recht om te mogen declareren) en het MSB dat geen toelating heeft. Dat het MSB geen toelating heeft, betekent dat het niet onder de eisen van de WTZi valt.

Afhankelijk van de gekozen rechtsvorm (maatschap, coöperatie of bv) zullen MSB's overigens wel aan andere vereisten moeten voldoen – evenals andere ondernemingen in Nederland. Verder zal het ziekenhuis erop moeten toezien dat de afspraken met het MSB en/of de individuele medisch specialisten zó vorm krijgen dat het ziekenhuis aan de eisen van de Kwaliteitswet en WTZi kan voldoen. Dat proces kent veel discussies over onder andere vrije vervangbaarheid en de mate van (mede)verantwoordelijkheid van (individuele) specialisten voor de kwaliteit van zorg.

Toezicht op fuseer- en marktgedrag

De NZa oefent op grond van de Wmg toezicht uit op het fuseer- en marktgedrag van zorginstellingen. De ACM is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Mededingingswet (Mw).

Fuseergedrag

Op grond van de Wmg (artikel 49a) voert de NZa bijvoorbeeld een verplichte toets uit bij concentraties van zorgaanbieders. Zorgaanbieders die in de regel zorg doen verlenen door minder dan vijftig personen, hebben geen goedkeuring van de NZa nodig om een concentratie tot stand te brengen. De toets van de NZa is grotendeels procedureel van aard. Zowel het ziekenhuis als het MSB vallen onder de werkingssfeer van de Wmg mits zij rechtspersoonlijkheid hebben. Een (voornemen tot) concentratie tussen twee of meer zorginstellingen die 'ondernemingen' zijn in de zin van de Mw moet ook bij de ACM worden gemeld wanneer de omzet van de partijen die voornemens zijn te concentreren boven de omzetdrempels uit de Mededingingswet uitkomt. ACM moet in dat geval ook instemmen met de concentratie, zodat sprake is van een dubbele toets. De ACM toetst of de concentratie de mededinging significant beperkt.

Hoe gaat het met het toezicht op zorg?

Marktgedrag

Naast het toezicht op concentraties is er het toezicht op marktgedrag. De ACM richt zich vanuit de Mededingingswet vooral op verboden kartelafspraken en misbruik van economische machtspositie; de NZa vanuit de Wmg (artikel 47-49) op misbruik van aanmerkelijke marktmacht (AMM). De herziening van de juridische structuur van de ziekenhuisonderneming en de aldaar werkzame specialisten heeft mogelijk gevolgen voor deze toezichthoudende rollen.

Zo heeft de NZa vooralsnog niet de mogelijkheid om het AMM-instrument in te zetten tegen een maatschap van specialisten die mogelijk zijn aanmerkelijke marktmachtspositie zou kunnen misbruiken. Een maatschap is namelijk noch natuurlijk persoon noch rechtspersoon. Dit bemoeilijkt met name het optreden tegen regiomaatschappen. De NZa kan in zo'n geval wel tegen de individuele leden van de maatschap optreden via collectief AMM, maar dat is complex. Indien een MSB in de vorm van een coöperatie of bv wél een rechtspersoon is, kan de NZa tegen zo'n MSB wél het AMM-instrument inzetten. Voor de niet-transparante vorm (MSB is één grote maatschap) is de wetgeving nog niet toereikend voor de uitoefening van een optimaal toezicht.
In een wetsvoorstel wordt de mogelijkheid gecreëerd om het eenvoudige AMM (in plaats van collectieve AMM) in te zetten tegen maatschappen/vof, wat de de inzet van AMM jegens dit soort entiteiten vergemakkelijkt.

Zal de ACM de MSB's ook anders bekijken dan de vroegere maatschappen? De autoriteit heeft hierover nog geen mededelingen gedaan. De criteria op grond waarvan de maatschap en het ziekenhuis als economische eenheid werden gezien, hadden vooral betrekking op de oude toelatingsovereenkomst. Het ging daarbij onder meer om aspecten als de eindverantwoordelijkheid voor de geleverde zorg, over wie werkzaam mag zijn in het ziekenhuis en de macht van het ziekenhuis om de zorgportfolio en de meerjarenafspraken te bepalen waaraan de specialisten gebonden zijn. Wanneer de ACM een MSB als zelfstandige onderneming beschouwt, zou deze ook onder de Mededingingswet komen te vallen.

Vooruitblik

De keuzes die instellingen nu maken, hebben gevolgen voor de lange(re) termijn. De indruk van de NZa is dat een aantal instellingen samen met specialisten een langetermijnstrategie heeft of wil ontwikkelen, maar dat ook een aantal instellingen daar nog (te) weinig mee bezig is. Het is de verantwoordelijkheid van het ziekenhuisbestuur en de medisch specialisten zelf om ervoor te zorgen dat zij dezelfde doelen nastreven en alles in het werk stellen om de best mogelijke zorg te leveren aan hun patiënten. In deze monitor heeft de NZa gewezen op een aantal belangrijke aandachtspunten en de NZa roept betrokken partijen op deze handschoen op te pakken (zoals vergoedingen, afspraken over kwaliteit en veiligheid, overlegstructuren, kwaliteit van registratie en declaratie, toezichtsaspecten). De komende jaren zal de NZa de ontwikkelingen blijven volgen. Dan zullen ook de kwantitatieve gevolgen in kaart worden gebracht.

Nederlandse Zorgautoriteit

Waarom monitort de NZa de invoering van integrale bekostiging?

De NZa is adviseur van het ministerie van VWS, stelt tarieven vast voor zorgbehandelingen en houdt toezicht op de zorg. Bij de uitvoering van deze taken stelt de NZa het belang van de consument voorop. Hieronder komen de taken van de NZa in relatie tot de invoering van integrale tarieven uitvoeriger aan bod.

De NZa adviseert het ministerie van VWS

De minister en staatssecretaris van VWS krijgen gevraagd en ongevraagd advies van de Nederlandse Zorgautoriteit. Bijvoorbeeld over mogelijke verbeteringen in wet- en regelgeving. Deze adviezen zijn gebaseerd op NZa-onderzoek en -analyses van feiten en cijfers. De bewindslieden besluiten vervolgens zelf of ze de adviezen overnemen of niet. Zo heeft de NZa op 28 juni 2013, op verzoek van VWS, een advies uitgebracht over de invoering van integrale tarieven in de medisch specialistische zorg.

De NZa stelt tarieven vast voor zorgbehandelingen

Voor veel zorgbehandelingen maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen afspraken. Het gaat dan over de inhoud, prijs en kwaliteit van die behandelingen. De NZa bepaalt echter wie welke zorgproducten in rekening mag brengen. Voor sommige zorgproducten stelt de NZa prijzen vast. Ook maakt ze regels over hoe de zorg geregistreerd en gedeclareerd moet worden. In juli 2014 heeft de NZa de regelgeving voor de invoering van integrale tarieven vastgesteld en bekendgemaakt.

De NZa houdt toezicht op de zorg

De NZa controleert – op basis van eigen analyses en van meldingen van consumenten – of zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich aan de wetten en regels houden. Zorgverzekeraars moeten bijvoorbeeld iedereen accepteren voor de basisverzekering. Ongeacht leeftijd, inkomen, leefstijl of gezondheid. En zorgaanbieders moeten de behandelingen op de juiste manier in rekening brengen. Ook moeten zij duidelijke informatie geven over de prijs en kwaliteit van de zorg. Is het belang van de consument in het geding? Dan grijpt de NZa in.

Taken NZa in het kort:

- Tarief- en prestatieregulering.
- Markttoezicht en marktonwikkeling.
- Toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet.
- Toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ.
- Zorgspecifiek gedragstoezicht.

Consumentenbelang

De NZa stelt bij haar taakuitoefening het algemeen consumentenbelang voorop, zoals zij wettelijk verplicht is (artikel 3 lid Wmg). Daarbij kijkt de NZa naar de voordelen voor drie consumentenbelangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Zaken als keuzevrijheid en volledige, juiste en transparante keuze-informatie zijn voor deze belangen essentieel.

Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2680 3500 GR Utrecht

OMS, NVZ

St. Jacobsstraat 16
3511 BS Utrecht
Postbus 2680
3500 GR Utrecht
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Ons kenmerk
2014-1130365

Datum 4 november 2014
Onderwerp Handreiking IGZ i.v.m. gevolgen 'Medisch specialist 2015'

Geacht mevrouw Van Rooij en heer De Grave,

Ten gevolge van de invoering van integrale tarieven voor medisch specialistische zorg gaat de bekostigingsstructuur van vrijgevestigd medisch specialisten veranderen. Dit heeft direct gevolgen voor de besturing van de zorg. Bij de discussies tussen verschillende bij deze beleidswijziging betrokken partijen is de vraag aan de orde gekomen of en zo ja welke gevolgen voor het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) aan de orde zijn. Daarnaast hebben diverse partijen de inspectie gevraagd haar analyse van gesignaleerde risico's te delen. Met deze brief ga ik namens de inspectie in op beide vragen.

Rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg
Het signaleren van (mogelijke) risico's en het nemen van beheersmaatregelen is een verantwoordelijkheid van zorginstellingen zelf.
De inspectie heeft in een aantal overleggen met de NVZ en de OMS gewezen op vraagstukken, waar raden van bestuur, raden van toezicht en medisch specialisten minimaal aandacht voor moeten hebben. Het betreft daarbij steeds het zodanig accommoderen van de raad van bestuur, dat deze in staat is haar (wettelijke) eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid waar te maken. Deze vraagstukken heeft de inspectie bij elkaar gebracht in een 'zelftest' voor de raad van bestuur en medisch specialisten. Het gaat hierbij om vragen die raden van bestuur, raden van toezicht en medisch specialisten helpen om na te gaan of zij verantwoorde keuzes hebben gemaakt in de gekozen modellen. De door de INSPECTIE genoemde aandachtsgebieden en vragen zijn geen uitputtende lijst en vormen ook geen toetsingskader.

Gevolgen van de invoering van integrale tarieven voor medisch specialistische zorg
De inspectie ziet en begrijpt dat de invoering van integrale tarieven een forse inspanning vraagt van bestuurders en medisch specialisten om een voor hun ziekenhuis passend model te ontwikkelen. Hierbij doen zich niet alleen vraagstukken voor op financieel gebied, maar ook ten aanzien van governance. Uit algemene waarneming weet de inspectie dat dergelijke transities voor een zorginstelling ingrijpend zijn, zeker wanneer de organisatie langere tijd in onzekerheid verkeert.
De inspectie wijst er in dat verband op dat de eisen ten aanzien van governance op zich niet veranderen en juist als kader gezien moeten worden waarbij

oplossingen worden gezocht. Een sluitend overzicht van eisen is daarbij niet te geven, zeker niet op meer concreet niveau, juist om de wetgeving ruimte biedt voor lokale oplossingen.

Professionele governance
De inspectie wijst er nadrukkelijk op dat de verantwoordelijkheden van raad van toezicht, raad van bestuur en professionals in elkaars verlengde liggen. In toenemende mate verwacht de inspectie daarom een geïntegreerd kwaliteitssysteem aan te treffen binnen een zorginstelling. Juist op dat vlak ligt er – los van de mogelijke gevolgen van de invoering van integrale tarieven - een uitdaging voor de sector.
Vaak wordt in dit verband verwezen naar de term professionele autonomie. Dit begrip dient in de optiek van de inspectie beschouwd te worden binnen een strak kader.
Dit kader bestaat uit de richtlijnen en bekwaamheidseisen zoals opgesteld door de eigen beroepsgroep een systeem van auditsystemen en visitaties. Naast deze 'harde' systeemonderdelen zijn ook zachtere systemen – eerst en vooral op het gebied van ethiek – van belang. Sluitstuk van dit eigen systeem van de beroepsgroep is het tuchtrecht.
Echter: ook binnen dit kader kan professionele autonomie niet los gezien worden van hun collectieve verantwoordelijkheid (als maatschap en medische staf), de integratie met het kwaliteitssysteem van een zorginstelling en de eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur. De inspectie verwacht van medisch specialisten die binnen een ziekenhuis werkzaam zijn dat zij de stap maken van 'professionele autonomie' naar 'professionele governance' en het als vanzelfsprekend beschouwen dat zij verantwoording afleggen aan de raad van bestuur en, ultimo, de samenleving.

Zelftest voor ziekenhuizen: 'voor' en 'van' het veld
Bijgevoegd treft u de reeds genoemde Zelftest aan, met daarbij een korte toelichting op het kader van wet- en regelgeving. Nogmaals benadruk ik dat de zelftest geen kant-en-klaar toetsingskader is voor de uiteindelijk te ontwikkelen modellen. Het is een handreiking van de inspectie, bedoeld om het gesprek tussen bestuurders en medisch specialisten te faciliteren.
De inspectie zou graag zien dat NVZ en OMS gezamenlijk een tussenstap maken om de zelftest verder te ontwikkelen: dit is geen taak voor de inspectie. Noodzakelijk is in ieder geval dat NVZ en OMS de zelftest 'valideren'. De zelftest is niet 'van' de inspectie maar 'voor' het veld, en moet dus ook 'van' het veld worden.
Ik verzoek NVZ en OMS derhalve om in gezamenlijkheid te bezien op welke wijze de zelftest onder de aandacht gebracht en verder ingezet kan worden om de discussie binnen ziekenhuizen, met name daar waar nog grote stappen te maken zijn richting '2015', gebruikt kan worden.

Voor de inspectie is governance in 2015 een speerpunt.. De inspectie eist, ook in tijden van grote veranderingen, verantwoorde en patiëntgerichte zorg. In dit kader volgt de inspectie de ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg nauwgezet in haar risicogestuurde toezicht.
Voor alle duidelijkheid: de inspectie zal de plannen van ziekenhuizen niet vooraf beoordelen.

Ons kenmerk
2014-1130365

Datum
4 november 2014

Ik ga ervan uit u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Mevrouw drs. J.F. de Vries
Wnd. Hoofdinspecteur curatieve gezondheidszorg, geneesmiddelen en medische technologie

In afschrift aan:

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Nederlandse Zorgautoriteit
- Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra
- Zelfstandige Klinieken Nederland

Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg

Medisch specialist 2015

Zelftest voor ziekenhuizen
Versie 1.0

VERTROUWELIJK

Indeling

A. Doel en opzet van de Zelftest
B. Toelichting wettelijk kader
C. Zelftest

VERTROUWELIJK

A. Doel en opzet van de Zelftest

VERTROUWELIJK

Zelftest voor Ziekenhuizen - IGZ - publicatieversie

Doel en opzet van de Zelftest

1. De inspectie is niet verantwoordelijk voor uitwerken risicoinventarisatie of normenkader
2. Wettelijk kader verandert niet
3. De Zelftest is géén minimaal toetsingskader
4. De Zelftest is géén sluitende risicoinventarisatie
5. De inspectie verwacht van het veld dat zij de Zelftest doorontwikkelt en valideert en de achterban informeert.
6. De inspectie verwacht van ziekenhuizen dat zij de Zelftest vertalen naar de lokale situatie, bijvoorbeeld aan de hand van casuïstiek.
7. De inspectie verwacht van bestuurder en medisch specialisten dat zij, indien zij de Zelftest gebruiken, dit in een 'veilige' discussie doen met het patiëntenbelang voor ogen.

VERTROUWELIJK

Zelftest voor Ziekenhuizen - IGZ - publicatieversie

B. Toelichting wettelijk kader

Wet- en regelgeving: wat verandert er NIET?

- Kwaliteitswet zorginstellingen
- Wet Toelating Zorginstellingen (inc. uitvoeringsbesluit)
- Zorgbrede Governancecode
- Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid

Kwaliteitswet zorginstellingen

- Verantwoorde zorg leveren
- Zorg zodanig organiseren dat dit leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg
- Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk
- Instelling binnen een instelling: onderdeel van die eerste instelling

VERTROUWELIJK

Zelftest voor Ziekenhuizen - IGZ - publicatieversie

Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)

- Er is een toezichthoudend orgaan dat toezicht houdt op het bestuur of de dagelijkse leiding en deze met raad terzijde staat.
- Dat toezichthoudend orgaan is onafhankelijk.
- Schriftelijk is vastgelegd:
  - Verantwoordelijkheidsverdeling (raad van toezicht, raad van bestuur, andere organen).
  - Hoe de zorgverlening georganiseerd wordt.
  - Van welke andere organisatorische verbanden daarbij gebruik wordt gemaakt.
  - Wat de aard is van de relaties met die andere verbanden, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden.

VERTROUWELIJK

Zelftest voor Ziekenhuizen - IGZ - publicatieversie

Zorgbrede Governancecode

- Risicomanagement: op de organisatie toegesneden, intern risicobeheersings- en controlesysteem
- Verantwoording afleggen naar buiten toe
- Tegengaan van belangenverstrengeling lid Raad van Bestuur / lid Raad van Toezicht en zorgorganisatie
- Benoeming/ontslag leden Raad van Bestuur
- Benoeming/ontslag leden Raad van Toezicht
- Verantwoording afleggen door vrijgevestigde (medische) professionals:
  - In ieder geval maatschappen en medische staven
  - Wijze en resultaten van hun handelen en behandelen

VERTROUWELIJK

Zelftest voor Ziekenhuizen - IGZ - publicatieversie

Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid

Kritische succesfactoren:

- Het bestuur rekent kwaliteit en veiligheid tot zijn kerntaak.
- De Raad van Toezicht ziet expliciet toe op de wijze waarop het bestuur kwaliteit en veiligheid van zorg waarborgt en faciliteert.
- De zorgprofessionals nemen de operationele verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid op zich en leggen hierover verantwoording af.

VERTROUWELIJK

Zelftest voor Ziekenhuizen - IGZ - publicatieversie

C. Zelftest voor ziekenhuizen

VERTROUWELIJK

De inspectie bekent kleur

1. Een ziekenhuis is een instelling voor medisch specialistische zorg.

Maar dat betekent niet dat dokters de baas zijn ...

2. Natuurlijk geeft het onrust als ze aan je inkomen zitten!

Maar dat mag niet ten koste gaan van de aandacht voor kwaliteit en veiligheid.

3. Natuurlijk willen artsen en bestuurders het beste voor de patiënt!

Maar maak wel goede afspraken over hoe je de zorg regelt.

VERTROUWELIJK

Zelftest voor ziekenhuizen

1. De Raad van Bestuur stelt het medische inhoudelijke zorgprofiel en de toekomststrategie op samen met de professionals en andere belanghebbenden.
2. In ons ziekenhuis leggen medisch specialisten zowel collectief als individueel verantwoording af aan de Raad van Bestuur over hun handelen.
3. Als de professionele omgeving er niet uit komt, is de Raad van Bestuur in staat om in te grijpen bij disfunctioneren.
4. Invoering, gebruik en afstoting van medische hulpmiddelen en medicatie gebeurt binnen één kwaliteitssysteem.
5. Wij borgen dat voor alle (medische en niet-medische) professionals altijd minimaal de kwaliteitsstandaard van het ziekenhuis geldt.
6. Bij ons zit alleen de Raad van Toezicht op de stoel van de Raad van Toezicht.

VERTROUWELIJK

Zelftest voor Ziekenhuizen - IGZ - publicatieversie

Zelftest voor ziekenhuizen

Kun je elkaar in de ogen kijken en zeggen dat je op al deze vlakken goede afspraken hebt?

Ook als het spannend wordt?

VERTROUWELIJK

Zelftest voor Ziekenhuizen - IGZ - publicatieversie


KEEP
CALM
EN BORG
KWALITEIT EN
VEILIGHEID
VERTROUWELIJK
Zelftest voor Ziekenhuizen - IGZ - publicatieversie

Ministerie van Financiën

> Retouradres Postbus 20201 2500 EE Den Haag

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
T.a.v. mr. Y.C.M.T. van Rooij

Orde van Medisch Specialisten
T.a.v. drs. J. de Jonge

Directoraat-Generaal Belastingdienst

Korte Voorhout 7
2511 CW Den Haag
Postbus 20201
2500 EE Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen

Per e-mail verzonden

Uw kenmerk
-

Ons kenmerk
DGB 2014-6702M

Datum 5 december 2014
Betreft afwikkeling verzoeken i.v.m. invoering integrale bekostiging per 1 januari 2015 door de Belastingdienst en bijbehorende Q&A's

Geachte mevrouw Van Rooij, geachte heer De Jonge,

Tijdens het bestuurlijk overleg met het Ministerie van VWS, de NVZ en de OMS van 5 december 2014 is de afwikkeling van de individuele verzoeken van ziekenhuizen en medisch specialisten over de fiscale gevolgen van de nieuwe besturings- en organisatiemodellen aan de orde geweest. Deze verzoeken houden verband met de invoering van de integrale bekostiging in de medisch specialistische zorg per 1 januari 2015.

De afgelopen periode heeft hierover intensief contact plaatsgevonden tussen de Belastingdienst, de NVZ en de OMS. Verder zijn er naar aanleiding van de bij de Belastingdienst ingediende verzoeken inzake de voorgenomen besturings- en organisatiemodellen veel aanvullende vraagpunten opgekomen. Dit heeft geleid tot de bijgevoegde modelbrieven van de Belastingdienst alsmede de bijbehorende vragen en antwoorden (Q&A's) van zowel de transparante als de niet-transparante modellen. De antwoorden moeten worden beschouwd als een praktische en begrijpelijke op de praktijk toegespitste handreiking.

Conform het voorgaande zullen de door de ziekenhuizen en medisch specialisten ingediende verzoeken door de Belastingdienst worden afgewikkeld, waarbij rekening zal worden gehouden met de in de verzoeken geschetste feiten en omstandigheden.

Hoogachtend,

DE STAATSSECRETARIS VAN FINANCIËN,
namens deze,

Drs. T.W.M. Poolen
Lid Managementteam Belastingdienst

Telefoon
Telefax

>

naam ziekenhuis
naam geadresseerde
postadres

Datum
december 2014

Uw kenmerk

Kenmerk

Betreft

Geachte NAAM GEADRESSEERDE

U [naam bedrijf] heeft op [datum] een verzoek bij de Belastingdienst ingediend namens het [medisch specialistisch bedrijf (naam)] (hierna: MSB) en [ziekenhuis (naam)].

U verzoekt om de fiscale kwalificatie van het door u gekozen transparante besturingsmodel / organisatiemodel in verband met de invoering per 1 januari 2015 van de integrale bekostiging van de medisch specialistische zorg. In uw verzoek stelt u onder meer dat er in uw optiek in 2015 voldoende ondernemersrisico's worden gelopen door het in de maatschap ondergebrachte MSB om het maatschapsaandeel van de maten in het MSB te laten kwalificeren als onderneming in de zin van paragraaf 3.2.2 van de Wet IB 2001 waaruit de maat /natuurlijke persoon belastbare winst uit onderneming geniet.

In de gezamenlijke brief van 17 december 2013 van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten zijn fiscale kaders van de verschillende besturingsmodellen vastgelegd. Het Ministerie van Financiën heeft in een brief met dagtekening 18 december 2013 haar akkoord gegeven over de fiscale gevolgen van de beschreven besturingsmodellen of organisatiemodellen voor de samenwerking tussen medisch specialisten en ziekenhuizen vanaf 1 januari 2015.

Het door [u/uw cliënte] gekozen model en de voorgenomen wijze van realisatie daarvan past binnen de kaders, zoals deze zijn vastgelegd in de gezamenlijke brief van 17 december 2013 van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Orde van Medisch Specialisten.

Voorbeelden van belangrijke indicatoren om het MSB als onderneming te laten kwalificeren zijn:

- het MSB gaat de samenwerkingsovereenkomst met het ziekenhuis aan (met jaarlijkse productie- en prijsafspraken);
- het MSB bewaakt de kwaliteit en continuïteit van de op grond van de samenwerkingsovereenkomst uit te voeren medisch specialistische diensten;
- het MSB bewaakt de kwaliteit van de medisch specialisten (zowel de participanten als het personeel in loondienst) en houdt een opleidingsbudget aan ten behoeve van het op peil houden van de voor de uitoefening van hun taak benodigde kennis;
- het MSB wordt zodanig ingericht en toegerust dat zij als materiële onderneming kan functioneren;
- het voor de uitvoering van de samenwerkingsovereenkomst benodigde ondersteunend en medisch personeel (uitgezonderd de participanten) wordt door het MSB in loondienst genomen. Een

Bezoekadres

In uw antwoord datum en kenmerk van deze brief vermelden

uitzondering kan hierbij worden gemaakt voor het personeel dat door oorzaken buiten de beïnvloedingssfeer van het MSB (op korte termijn) niet in dienst kan worden genomen;
- de voor de adequate bedrijfsvoering benodigde investeringen worden voor rekening en risico van het MSB gerealiseerd;
- het MSB bouwt voor het afdekken van de ondernemingsrisico's het benodigde eigen vermogen op.

Gelet op hetgeen is beschreven in het verzoek concludeer ik dat bij overeenkomstige uitvoering hiervan er voor de maten in de maatschap sprake is van ondernemerschap in de zin van artikel 3.4 Wet IB 2001.

Naar aanleiding van de vele vragen die zijn gesteld over de fiscale aspecten van het transparante besturingsmodel treft u in de bijlage bij deze brief per belastingmiddel een overzicht aan van de fiscale gevolgen. Ik verwacht hiermee een oplossing te hebben gegeven voor de fiscale discussiepunten die aan de implementatie van de door u gekozen structuur in de weg konden staan.

Als de vrije vervangbaarheid van de medisch specialisten ten opzichte van het ziekenhuis op adequate wijze geregeld is (zie de bijlage), is er in mijn optiek geen sprake van een (fictieve) dienstbetrekking van de medische specialisten bij het ziekenhuis.

De Belastingdienst kan op een later moment controleren of er feitelijk is /wordt gehandeld overeenkomstig het gestelde in uw verzoek en deze brief.

Als deze brief nog aanleiding geeft tot vragen, kunt u contact met mij opnemen via bovenstaand telefoonnummer.

Hoogachtend,

namens de inspecteur

Bijlage 1

Antwoorden op vragen vooroverleg fiscale kwalificatie transparant besturingsmodel

Definities:

De MS	medisch specialist natuurlijke persoon
De PH BV	besloten vennootschap met medisch specialist als aandeelhouder
Het MSBM	medisch specialistisch samenwerkingsverband in vorm van maatschap
Het Ziekenhuis	Het Ziekenhuis waarmee het MSBM of MSBC een samenwerkingsovereenkomst is aangegaan
Kaderbrief	brief van NVZ/OMS van 17 december 2013
Knelpuntenmemo	Knelpuntenmemo integrale bekostiging 2015
Transparant model	Het samenwerkingsmodel als beschreven in onderdeel 2.1 en 3.1 van de brief van NVZ/OMS van 17 december 2013

Loonheffingen:

Dienstbetrekking

Vraag 1:
Kan er sprake zijn van een dienstbetrekking van de MS bij het Ziekenhuis indien de MS kwalificeert als ondernemer als bedoeld in artikel 3.4 Wet IB 2001?

Antwoord:
Neen, in beginsel niet (zie kaderbrief onderdelen 2.1.2. en 2.1.4). Dit is alleen anders indien de MS zich ten opzichte van het Ziekenhuis heeft verplicht de arbeid persoonlijk te verrichten en zich niet vrijelijk kan laten vervangen.

Vraag 2:
Wat wordt bedoeld met vrije vervangbaarheid?

Antwoord:
Het begrip vrije vervangbaarheid is van belang voor de vraag of de MS verplicht is de arbeid persoonlijk te verrichten. In het geval er gewerkt wordt overeenkomstig de volgende beschrijving, acht ik aannemelijk dat sprake is van vrije vervangbaarheid:

"Het bestuur van het MSBC meldt aan de Raad van Bestuur van het Ziekenhuis welke MS voor het MSBC werkzaam zijn in het Ziekenhuis inclusief de vervangers. Het bestuur van het MSBC en de Raad van Bestuur van het Ziekenhuis formuleren samen objectieve kwalificaties waaraan MS en hun eventuele vervangers moeten voldoen.

Bij toetreding als lid van het MSBC of als MS in dienstverband van het MSBC of bij vervanging van een MS in het MSBC toetst het MSBC bestuur of aan deze kwalificaties wordt voldaan en geeft hier op verzoek van de Raad van Bestuur van het Ziekenhuis inzage in."

Vennootschapsbelasting:

Met betrekking tot het transparante model zijn voor de vennootschapsbelasting geen vragen voorgelegd.

Inkomstenbelasting:

Ondernemingsrisico's

Vraag 3:
Wanneer kwalificeert de MS met zijn aandeel in het MSBM als ondernemer als bedoeld in artikel 3.4 Wet IB 2001?

Antwoord:
Zoals ook is aangegeven in onderdeel 1 van de Kaderbrief wordt het ondernemerschap getoetst aan de hand van (een samenstel van) criteria die in de jurisprudentie zijn ontwikkeld. Het moet gaan om ondernemersrisico's van wezenlijke betekenis die substantie en gewicht hebben. Of volgens de informatie beschreven in het voorgelegde geval kan worden geconcludeerd dat sprake is van voldoende ondernemingsrisico's, is vermeld in de brief waarvan deze bijlage onderdeel uitmaakt.

Omzetbelasting

Vraag 4:
Hoe stel ik vast of sprake is van het uitlenen van personeel of van een andere prestatie?

Er is <u>geen</u> sprake van het btw-belast ter beschikking stellen van personeel/arbeid als cumulatief aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- tussen partijen wordt een overeenkomst tot opdracht[1] tot het verrichten van bepaalde werkzaamheden gesloten;
- de te verrichten werkzaamheden worden in die overeenkomst beschreven zodat de aard van die werkzaamheden duidelijk blijkt. Het is niet nodig dat de werkzaamheden gedetailleerd worden beschreven;
- uit de overeenkomst blijkt dat tussen de opdrachtgever en de opdrachtnemer geen arbeidsovereenkomst of uitzendovereenkomst bestaat of enige andere juridische band waaruit een verhouding van ondergeschiktheid ontstaat; én
- er wordt ook feitelijk zo gehandeld.

Dit standpunt geldt voor elke schakel in de (bedrijfs-)keten.

Vraag 5:
Hoe stel ik vast of de prestatie onder een medische btw-vrijstelling valt?

Wanneer eenmaal langs bovenstaande lijn is vastgesteld dat sprake is van een prestatie bestaande uit het in opdracht verrichten van bepaalde werkzaamheden (er is dus geen sprake van het uitlenen van personeel), zijn voor de medische vrijstelling grofweg twee groepen te onderscheiden:
- medische werkzaamheden verricht door een persoon met BIG-registratie zijn btw-vrijgesteld[2]
- De werkzaamheden worden verricht door een persoon zonder BIG-registratie of door een persoon die handelt buiten zijn BIG-deskundigheidsgebied zijn btw-vrijgesteld indien en voor zover zij naar hun aard een inherent, wezenlijk en onafscheidbaar deel vormen (zie toelichting) van de aan de patiënt geboden medische behandeling met een therapeutisch doel.[3]

Dit standpunt geldt voor elke schakel in de (bedrijfs-)keten.

Vraag 6:

---

[1] Het Burgerlijk Wetboek omschrijft de overeenkomst tot opdracht in artikel 7:400 als *"een overeenkomst waarbij de ene partij zich jegens de andere partij verbindt anders op grond van een arbeidsovereenkomst werkzaamheden te verrichten die in iets anders bestaan dan het tot stand brengen van een werk van stoffelijke aard, het bewaren van zaken, het uitgeven van werken of het vervoeren of doen vervoeren van personen of zaken"*.
[2] De gezondheidskundige diensten zijn vrijgesteld voor zover die diensten vallen binnen het BIG-deskundigheidsgebied en opleiding van de persoon met BIG-registratie, ongeacht of deze diensten worden verricht voor een 11-1-c/g/f-dienstverlener of rechtstreeks aan de patiënt.
[3] Het feit dat de persoon niet BIG-geregistreerd is (of buiten zijn BIG-bevoegdheden handelt) doet hier niet aan af omdat het Hof van Justitie in het arrest Verigen heeft geoordeeld dat de gezondheidskundige verzorging niet in alle onderdelen door medisch personeel hoeft te worden verricht.

Er is sprake van het uitlenen van personeel. Kan er een beroep worden gedaan op het besluit "ter beschikking stellen van personeel" van 14 maart 2007 zodat heffing van btw achterwege kan blijven?

Het uitlenen van personeel is in beginsel een btw-belaste prestatie. Uitlenen van personeel kan op grond van het besluit echter toch vrijgesteld van btw plaatsvinden als:

- personeel in de gezondheidssector structureel ter beschikking wordt gesteld door een ondernemer die zich met betrekking tot zijn primaire activiteiten kan beroepen op een medische vrijstelling en de inlener in materiële zin (mede)werkgever is.[4] Om gebruik te kunnen maken van de vrijstelling voor het uitlenen van personeel moet de terbeschikkingstelling structureel van karakter zijn.[5] De arbeidsovereenkomst met de formele werkgever is een voorwaarde voor de structurele ter beschikkingstelling.[6] Deze moet in beginsel voor onbepaalde tijd zijn gesloten. Wanneer sprake is van een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd, moet uit de feiten en omstandigheden kunnen worden afgeleid dat de intentie van zowel de werkgever als de werknemer er op gericht is de overeenkomst voor bepaalde tijd om te zetten in een overeenkomst voor onbepaalde tijd zodra de overeenkomst voor bepaalde tijd afloopt.

Een redelijke uitleg van het "Besluit ter beschikking stellen van personeel" betekent dat ook sprake is van structurele ter beschikkingstelling als bij aanvang wordt voldaan aan de voorwaarden van het besluit, maar de werknemer na verloop van tijd een arbeidsovereenkomst sluit met de ondernemer waar hij zijn werkzaamheden daadwerkelijk uitvoert (de inlener).

- personeel (tijdelijk of structureel) ter beschikking wordt gesteld (als nauw samenhangende dienst)[7] aan ziekenhuizen en dergelijke inrichtingen, mits:
    - de uitleen wordt verricht door een ziekenhuis of dergelijke inrichtingen als bedoeld in artikel 11-1-c/11-1-f Wet OB;
    - zonder die dienst de gelijkwaardigheid niet kan worden verzekerd van de verrichte vrijgestelde ziekenhuiszorg;
    - de uitleen niet in hoofdzaak het doel heeft om de uitlenende inrichting extra opbrengsten te verschaffen waarmee in rechtstreekse concurrentie wordt getreden met commerciële btw-belaste ondernemers (denk aan uitzendbureaus).

Deze lijn kan niet worden gehanteerd bij het uitlenen van personeel tussen individuele gezondheidskundige beroepsbeoefenaren[8] omdat de basis voor deze vrijstelling (met de hoofdprestatie nauw samenhangende diensten) ontbreekt.

Nadere toelichting– deel omzetbelasting (btw)

Medische btw-vrijstelling

De Wet op de omzetbelasting 1968 (hierna 'Wet OB') kent een vrijstelling voor de verzorging en verpleging van in een inrichting opgenomen personen en voor individuele (para-)medische prestaties (artikel 11-1-c Wet OB, de ziekenhuisvrijstelling, en artikel 11-1-g Wet OB, de 'individuele' medische vrijstelling). Daarnaast is er een vrijstelling in artikel 11-1-f Wet OB voor de diensten door poliklinieken etc. die niet onder artikel 11-1-c Wet OB vallen. Deze artikelen zijn gebaseerd op artikel 132, lid 1, letter b, c en g van de btw-richtlijn.

Jurisprudentie

Door het Hof van Justitie EU zijn meerdere arresten gewezen over de medische vrijstellingen in de btw-richtlijn. In dit kader is het arrest Verigen[9] het belangrijkst. Uit dit arrest volgt dat, voor zover sprake is van een gezondheidskundige behandeling van de mens met een therapeutisch doel door

---

[4] Zie Besluit van 14 maart 2007 nr. CPP2007/347M, welk besluit nog meer voorwaarden bevat waaraan moet worden voldaan.
[5] Het gaat hierbij nadrukkelijk om het structurele karakter van de detachering en niet om het structurele karakter (onbepaalde tijd) van de arbeidsovereenkomst die de werknemer heeft gesloten met de formele werkgever.
[6] Het gaat hierbij nadrukkelijk om het structurele karakter van de detachering en niet om het structurele karakter (onbepaalde tijd) van de arbeidsovereenkomst die de werknemer heeft gesloten met de formele werkgever.
[7] Conform de lijn van het HvJ EU in de zaak Horizon College.
[8] artikel 11-1-g Wet OB.
[9] HvJ 18-11-2010, C-156/09, Verigen Transplantation Service

artsen en ziekenhuizen, ook alle wezenlijke, inherente en onafscheidbare delen van die behandeling die door een derde worden verricht, worden beschouwd als gezondheidskundige verzorging van de mens. Hierbij is het wel van belang dat de werkzaamheden van die derde een therapeutisch doel hebben[10] en de behandeling door de arts niet kan slagen zonder die werkzaamheden.

Verder heeft het Hof van Justitie EU geoordeeld dat de gezondheidskundige verzorging niet in alle onderdelen door medisch personeel hoeft te worden verricht. Het Verigen-criterium is door de Hoge Raad in het medisch tatoeëerder-arrest[11] toegepast. Dit betekent dat het Verigen-criterium toegepast moet worden bij zowel artikel 11-1-c als artikel 11-1-g Wet OB.

Voor het onderscheid tussen ter beschikking stellen van personeel/arbeid of een andere (mogelijk medische) prestatie sluit de Hoge Raad in de arresten van 13 juni 2014 aan bij de in de overeenkomst afgesproken en feitelijk verrichte werkzaamheden (aannemen van werk)[12]. Om die reden kan voor de beoordeling van de aard van de dienst worden aangesloten bij het voorwerp van de overeenkomst en (als werknemers de opdracht uitvoeren) het werkgeversgezag over personeel.

Als natuurlijk persoon of vanuit een BV
De lijn dat het niet uitmaakt of en persoon de werkzaamheden verricht als zelfstandig ondernemer (ZZP) of als werknemer van (bijv.) een BV, past bij het uitgangspunt dat de toepassing van de vrijstelling voor individuele gezondheidskundige zorg niet afhangt van de rechtsvorm van de belastingplichtige die deze gezondheidskundige diensten verricht (zie HvJ Kügler, C-141/00).

---

[10] Steriliseren van instrumenten behoort daar bijvoorbeeld niet toe
[11] Hoge Raad 19 april 2013 LJN BY 1252
[12] De Hoge Raad heeft daarbij op voorhand vastgesteld dat geen sprake was van juridische ondergeschiktheid.

Kantoor

Telefoon
Telefax

> Postbus Postcode

naam ziekenhuis
naam geadresseerde
postadres

Datum
december 2014

Uw kenmerk

Kenmerk

Betreft

Geachte NAAM GEADRESSEERDE

U [naam bedrijf] heeft een verzoek bij de Belastingdienst ingediend namens het [medisch specialistisch bedrijf (naam)] (hierna: MSB) en[ziekenhuis (naam)].

U verzoekt om de fiscale kwalificatie van het door u gekozen niet transparante besturingsmodel / organisatiemodel in verband met de invoering per 1 januari 2015 van de integrale bekostiging van de medisch specialistische zorg. In uw verzoek beschrijft u hoe het MSB na haar oprichting zal worden ingericht.

In de gezamenlijke brief van 17 december 2013 van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten zijn fiscale kaders van de verschillende besturingsmodellen vastgelegd. Het Ministerie van Financiën heeft in een brief met dagtekening 18 december 2013 haar akkoord gegeven over de fiscale gevolgen van de beschreven besturingsmodellen of organisatiemodellen voor de samenwerking tussen medisch specialisten en ziekenhuizen vanaf 1 januari 2015.

Het door[u/uw cliënte] gekozen model en de voorgenomen wijze van realisatie daarvan past binnen de kaders, zoals deze zijn vastgelegd in de gezamenlijke brief van 17 december 2013 van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Orde van Medisch Specialisten.

Er is geen fictieve dienstbetrekking van de medisch specialisten bij het ziekenhuis of het MSB als het MSB reële zelfstandige betekenis heeft alsmede voldoende substance. Bovendien moet de vrije vervangbaarheid van de medisch specialisten ten opzichte van het ziekenhuis op adequate wijze geregeld zijn (zie de bijlage). De medisch specialist is in dat geval in loondienst bij zijn eigen BV die een dienstverleningsovereenkomst met het MSB aangaat. De bepaling van het (gebruikelijk) loon vindt in dat geval plaats op basis van de wettelijke regeling die hiervoor met ingang van 2015 zal gelden.

De functie van het MSB mag zich niet beperken tot het faciliteren bij het innen, verdelen en doorbetalen van de vergoeding voor de medisch specialistische diensten.
Voorbeelden van belangrijke indicatoren van reële zelfstandige betekenis en voldoende substance zijn:

- het MSB gaat de samenwerkingsovereenkomst met het ziekenhuis aan (met jaarlijkse productie- en prijsafspraken);
- het MSB heeft een bestuurlijke organisatie met een substantiële tijdsbesteding, en betaalt een adequate vergoeding voor het bestuurswerk en bestuursondersteuning;

Bezoekadres

In uw antwoord datum en kenmerk van deze brief vermelden

- het MSB bewaakt de kwaliteit en continuïteit van de op grond van de samenwerkingsovereenkomst uit te voeren medisch specialistische diensten;
- het MSB bewaakt de kwaliteit van de medisch specialisten (zowel de participanten als het personeel in loondienst) en houdt een opleidingsbudget aan ten behoeve van het op peil houden van de voor de uitoefening van hun taak benodigde kennis;
- het MSB wordt zodanig ingericht en toegerust dat zij zelfstandig kan functioneren en de eigen risico's af kan dekken. Zij bouwt het hiertoe benodigde eigen vermogen op;
- de voor de adequate bedrijfsvoering benodigde investeringen en arbeid komen voor rekening en risico van het MSB.

Naar aanleiding van de vele vragen die zijn gesteld over de fiscale aspecten van het niet transparante besturingsmodel treft u in de bijlage bij deze brief per belastingmiddel een overzicht aan van de fiscale gevolgen. Ik verwacht hiermee een oplossing te hebben gegeven voor de fiscale discussiepunten die aan de implementatie van de door u gekozen structuur in de weg konden staan.

De Belastingdienst kan op een later moment controleren of er feitelijk is / wordt gehandeld overeenkomstig het gestelde in uw verzoek en deze brief.

Als deze brief nog aanleiding geeft tot vragen, kunt u contact met mij opnemen via bovenstaand telefoonnummer.

Hoogachtend,

namens de inspecteur

Bijlage 1

Antwoorden op vragen vooroverleg fiscale kwalificatie niet transparante besturingsmodellen

Definities:

De MS	medisch specialist natuurlijk persoon
De PH BV	besloten vennootschap met medisch specialist als aandeelhouder
Het MSBM	medisch specialistisch samenwerkingsverband in vorm van maatschap
Het MSBC	medisch specialistisch samenwerkingsverband in de vorm van coöperatie of andere niet transparante rechtspersoon
Het Ziekenhuis	Het Ziekenhuis waarmee het MSBM of MSBC een samenwerkingsovereenkomst is aangegaan
Kaderbrief	brief van NVZ/OMS van 17 december 2013
Knelpuntenmemo	Knelpuntenmemo integrale bekostiging 2015
Transparant model	Het samenwerkingsmodel als beschreven in onderdeel 2.1 en 3.1 van de brief van NVZ/OMS van 17 december 2013
Niet-transparant model	Het samenwerkingsmodel als beschreven in onderdeel 2.2 en 3.2 van de brief van NVZ/OMS van 17 december 2013

Loonheffingen:

Dienstbetrekking

Vraag 1:
Kan er sprake zijn van een (fictieve) dienstbetrekking van de MS bij het ziekenhuis in het niet transparante model?

Antwoord:
Ja, daarvan kan sprake zijn. Van belang is onder meer het persoonlijk verrichten van arbeid. Indien de MS, met betrekking tot de werkzaamheden die de MS verricht voor het ziekenhuis, niet verplicht is de arbeid persoonlijk te verrichten (de MS kan vrijelijk worden vervangen), dan is de MS niet in dienstbetrekking bij het ziekenhuis (zie ook vraag 4). Daarnaast is de MS niet in fictieve dienstbetrekking (i.c. de gelijkgesteldenregeling) bij het ziekenhuis indien het ziekenhuis geen loonbetalingsverplichting heeft. Een fictieve dienstbetrekking is evenmin aanwezig als de MS zijn werkzaamheden verricht in de uitoefening van een bedrijf of de zelfstandige uitoefening van een beroep (dus voor rekening en risico van zijn personal holding of onderneming c.q. MSBC).

Vraag 2:
Kan er sprake zijn van een (fictieve) dienstbetrekking van de MS bij het MSBC in het niet transparante model?

Antwoord:
Ja, daarvan kan sprake zijn. Echter, als een MS via zijn PH BV op basis van nevengeschiktheid participeert in een MSBC, is de MS voor zijn werkzaamheden niet in dienstbetrekking bij het MSBC. In deze situatie bestaat ook geen fictieve dienstbetrekking (i.c. gelijkgesteldenregeling) met het MSBC. Indien het MSBC realiteitswaarde ontbeert (lege huls), kan sprake zijn van een dienstbetrekking bij het ziekenhuis.

Doorbetaaldloonregeling

Vraag 3:
Kan de doorbetaaldloonregeling worden gebruikt in het niet transparante model?

Antwoord:
Ja, de doorbetaaldloonregeling kan worden toegepast, zie de kaderbrief.

In de kaderbrief zijn enkele modellen beschreven met een verwijzing naar de doorbetaaldloonregeling. Op het niveau van de PH BV is de gebruikelijkloonregeling, inclusief o.a. de doelmatigheidsmarge, van toepassing.

In de situatie dat de MS in dienstbetrekking werkzaam is bij het MSBC, is het volgende van belang. Ervan uitgaande dat de MS bij zijn PH BV niet verplicht verzekerd is voor de werknemersverzekeringen, kan de doorbetaaldloonregeling niet worden toegepast voor de premies werknemersverzekeringen. Het MSBC zal zelf premies werknemersverzekeringen moeten afdragen over het (maximum) premieloon van de MS.

Vrije vervangbaarheid

Vraag 4:
Wat wordt bedoeld met vrije vervangbaarheid?

Antwoord:
Het begrip vrije vervangbaarheid is van belang voor de vraag of de MS verplicht is de arbeid persoonlijk te verrichten. In het geval er gewerkt wordt overeenkomstig de volgende beschrijving, acht ik aannemelijk dat sprake is van vrije vervangbaarheid:

"Het bestuur van het MSBC meldt aan de Raad van Bestuur van het Ziekenhuis welke MS voor het MSBC werkzaam zijn in het Ziekenhuis inclusief de vervangers. Het bestuur van het MSBC en de Raad van Bestuur van het Ziekenhuis formuleren samen objectieve kwalificaties waaraan MS en hun eventuele vervangers moeten voldoen.
Bij toetreding als lid van het MSBC of als MS in dienstverband van het MSBC of bij vervanging van een MS in het MSBC toetst het MSBC bestuur of aan deze kwalificaties wordt voldaan en geeft hier op verzoek van de Raad van Bestuur van het Ziekenhuis inzage in."

Vennootschapsbelasting

Vraag 5.
Kwalificeert een lidmaatschapsrecht in een MSBC met meer dan 20 leden als een deelneming in de zin van de deelnemingsvrijstelling (artikel 13 Wet Vpb 1969)?

Antwoord: Ja

Toelichting:
Op grond van artikel 13, tweede lid, onderdeel c Wet Vpb 1969 kwalificeert een lidmaatschapsrecht in een coöperatie als deelneming ongeacht het aantal leden.

Vraag 6.
Een Ziekenhuis en een MSBC komen een vergoeding overeen die naast vaste elementen ook variabele elementen bevat die afhankelijk zijn van de winst van het Ziekenhuis. Staat dit in de weg aan de toepassing van de zorgvrijstelling van artikel 5, eerste lid, onderdeel c, Wet Vpb 1969 bij het Ziekenhuis?

Antwoord: Nee, maar uitsluitend als de overeengekomen vergoeding zakelijk is.

Toelichting:
Het Ziekenhuis mag de onder toepassing van de zorgvrijstelling vrijgestelde winst uitsluitend aanwenden ten bate van een ander vrijgesteld lichaam of een algemeen maatschappelijk belang. Als het Ziekenhuis een zakelijke vergoeding betaalt, is dit een onderdeel van de winstbepaling en derhalve geen winstbestemming. Een winstbepalende uitgave staat niet aan toepassing van de zorgvrijstelling in de weg. Dit standpunt ligt in het verlengde van het standpunt dat is ingenomen in onderdeel 3.1.3 van de kaderbrief.

Vraag 7

Een MS zet zijn onderneming om in een PH BV met toepassing van art. 3.65 Wet IB 2001. Aansluitend wordt deze tot 1 januari 2015 als onderneming kwalificerende organisatie van kapitaal en arbeid door de PH BV tegen uitreiking van een lidmaatschapsrecht ingebracht in een MSBC. Kan door de PH BV een overeenkomst met het MSBC worden gesloten in verband met (medische) dienstverlening door de PH BV?

Antwoord: Nee

Toelichting: Indien er doorinbreng plaatsvindt van de onderneming in een MSBC, resteert in de PH BV uitsluitend het in het kader van de doorinbreng verkregen lidmaatschapsrecht en eventueel een aantal vermogensbestanddelen die bij de doorinbreng zijn afgezonderd. De PH BV beschikt in dat geval niet over de middelen om een (medisch specialistische) prestatie te leveren.
Er kan daarom geen vergoeding voor medische specialistische diensten door de PH BV aan het MSBC in rekening worden gebracht. De MS is bij het MSBC in dienstbetrekking. De PH BV heeft (nagenoeg) geen eigen activiteiten en derhalve ook (nagenoeg) geen eigen inkomsten. Als de PH BV een winstuitkering ontvangt op het lidmaatschapsrecht in het MSBC, kwalificeert deze uitkering als een voordeel uit een deelneming die is vrijgesteld onder toepassing van de deelnemingsvrijstelling. Bij het MSBC is deze winstuitkering niet aftrekbaar.

Vraag 8
Een MS zet zijn onderneming met toepassing van artikel 3.65 Wet IB 2001 om in een PH BV (zonder doorinbreng in een MSBC). Kan in dat geval de volledige winst van het MSBC als vergoeding voor medische diensten aan de PH BV's in aanmerking worden genomen?

Antwoord: Nee

Toelichting: Er dient een zakelijke vergoeding voor de door de PH BV's aan het MSBC verleende (medische) diensten in aanmerking te worden genomen die ten laste van de winst van het MSBC kan komen. Een totale vergoeding ter grootte van de volledige winst zal niet zakelijk zijn. Het bedrijfsresultaat van het MSBC is met vennootschapsbelasting belast op het niveau van het MSBC.

Vraag 9
Als een PH BV de onderneming met toepassing van de bedrijfsfusiefaciliteit van artikel 14 Wet Vpb 1969 wil inbrengen in een coöperatie tegen uitreiking van een lidmaatschapsrecht, dient dan een verzoek als bedoeld in het tweede lid van dat artikel te worden gedaan?

Antwoord: Ja

Toelichting: Bij de fusiefaciliteiten in de vennootschapsbelasting worden altijd nadere voorwaarden gesteld met betrekking tot de toepassing van artikel 9, eerste lid, onderdeel g, Wet Vpb 1969 (aftrekbaarheid verlengstukwinst). Het feit dat er in de modellen vrijwel altijd wordt gekozen voor een bepaling in de statuten van de coöperatie dat uitsluitend vennootschappen lid van de coöperatie kunnen worden, geeft geen aanleiding hiervan in dit geval af te wijken.

Vraag 10
Staat de Belastingdienst het toe om een collectief verzoek om een beschikking bedrijfsfusie als bedoeld in artikel 14, tweede lid, Wet Vpb 1969 in te dienen in verband met de transitie naar het gekozen besturingsmodel met verschillende PH BV's als vervreemder en één MSBC als verkrijger?

Antwoord: Ja, het ontmoet geen bezwaar in afwijking van de algemene regels die gelden voor het indienen van een verzoek om toepassing van de bedrijfsfusiefaciliteit een collectief verzoek in te dienen. Dit verzoek kan worden gericht aan de inspecteur die competent is voor de vennootschapsbelasting van het verkrijgende MSBC. Voorwaarde voor acceptatie van een collectieve verzoek is dat hierbij op individueel niveau alle informatie wordt verstrekt die ook bij een regulier verzoek is vereist. Op het collectieve verzoek wordt beslist bij individuele beschikkingen.

Vanzelfsprekend blijft het ook mogelijk in afwijking van het bovenstaande op de voorgeschreven wijze individuele verzoeken bij het hiervoor aangewezen kantoor in te dienen.

Vraag 11:
Een MS zet zijn onderneming (al dan niet geruisloos) om in een PH BV. Er vindt geen doorinbreng van deze onderneming plaats in een MSBC. Vóór de inbreng bestond bij de maatschap recht op een goodwillvergoeding bij uittreden. De maatschap wordt per 31/12/2014 beëindigd. In de praktijk blijkt dat in de nieuwe situatie door de PH BV's (en het MSBC) afspraken worden gemaakt over continuering van de oude goodwillregeling. Wat zijn de gevolgen van deze inbreng voor een in het verleden bij toetreding tot een MSBM betaalde goodwillvergoeding die nog niet volledig is afgeschreven?

Antwoord:
Alhoewel de goodwillaanspraken die ontstaan tussen de PH BV's (en het MSBC) juridisch nieuwe afspraken zijn, zullen dit, uitzonderingen daargelaten, materieel voortzettingen zijn van de eerder gemaakte goodwillbepalingen. Fiscaal zullen ze dan ook als zodanig moeten worden behandeld. Dat betekent bijvoorbeeld dat er geen afboeking ineens ten laste van de winst van reeds geactiveerde goodwill kan plaatsvinden omdat die aanspraak (juridisch) niet meer zou bestaan. De nog niet volledig afgeschreven betaalde goodwillvergoeding verschijnt, zowel bij ruisende als geruisloze inbreng, op de balans van de PH BV en volgt daar verder de normale regels.

Inkomstenbelasting:

Geruisloze omzetting (artikel 3.65 Wet IB 2001)

Vraag 12.
In verband met de inbreng van een maatschapsaandeel van een MS wordt een PH BV opgericht. Dient in de situatie dat bij oprichting van een BV een volstorting van de aandelen in contanten plaatsvindt in de inbrengovereenkomst een voorlopige waardebepaling te zijn vermeld?

Antwoord: nee

Toelichting: In de reactie in het knelpuntenmemo is per abuis vermeld dat er in de inbrengovereenkomst een voorlopige waardebepaling dient te worden opgenomen. Gebleken is dat deze waardebepaling fiscaal geen relevantie heeft en dus bij een verzoek om toepassing van de geruisloze inbreng niet hoeft te worden verstrekt. Onderstaand is nogmaals ter voorkoming van onduidelijkheid de goedkeuring inzake het moment van oprichting en inbreng volledig opgenomen. .

Moment van oprichting en inbreng
Bij de niet-transparante modellen (zie paragrafen 2.2.1 t/m 2.2.6 en 3.2.1 t/m 3.2.5 uit de brief van NVZ en OMS van 17-12-2013) wordt door de MS een BV opgericht en wordt de IB-onderneming van de MS ingebracht in een PH-BV. De oprichting van de PH-BV en de inbreng van de IB-onderneming in de PH-BV moeten uiterlijk op 1-1-2015 om 00.00 uur plaatsvinden. Als deze oprichting en deze inbreng uiterlijk op 1-1-2015 om 00.00 uur plaatsvinden, kan de faciliteit voor de geruisloze omzetting zoals bedoeld in artikel 3.65 Wet IB 2001 worden toegepast. Een inbreng op een later tijdstip met terugwerkende kracht is niet mogelijk.

De oprichting van de PH-BV en de inbreng van de IB-onderneming in de PH-BV hoeven niet op hetzelfde moment plaats te vinden. Ook als de PH-BV in directe en onlosmakelijke samenhang met de inbreng van de onderneming van de MS in 2014 wordt opgericht, terwijl de inbreng van de IB-onderneming in de PH-BV op 1-1-2015 om 00.00 uur geschiedt, wordt aan de voorwaarden van artikel 3.65 Wet IB 2001 voldaan.

Waardering van de in te brengen onderneming
- Oprichting en inbreng op hetzelfde moment
Indien de oprichting van de PH-BV en de inbreng van de IB-onderneming op hetzelfde moment plaatsvinden (hetgeen uiterlijk 1-1-2015 om 00.00 uur kan zijn), worden de aandelen die bij oprichting worden uitgegeven volgestort door inbreng van de IB-onderneming. De inbreng als volstorting van de aandelen wordt vormgegeven in een inbrengovereenkomst die wordt opgenomen in de slotverklaring

van de oprichtingsakte van de PH-BV, gevolgd door het aansluitend aan het passeren van de oprichtingsakte tekenen van een akte ter uitvoering van de inbrengovereenkomst.
Bij de volstorting van de aandelen is er vanuit civielrechtelijk perspectief een beschrijving nodig van de in te brengen IB-onderneming (dit volgt uit artikel 2:204a BW). Deze beschrijving moet de toestand weergeven van hetgeen wordt ingebracht op een dag die niet eerder ligt dan 6 maanden voor de oprichting van de PH-BV. Aangezien de balans van de IB-onderneming op het moment van oprichting/inbreng niet gereed zal/kan zijn, ontmoet het daarbij geen bezwaar dat bij de inbreng van de IB-onderneming en de te bepalen tegenprestatie (uitreiking van aandelen) als voorlopige tegenprestatie wordt gehanteerd een tussentijds opgestelde balans (bijv. per 30-6-2014) dan wel de laatst vastgestelde eindbalans (bijv. 31-12-2012). Zodra de definitieve balans per 31-12-2014 c.q. 1-1-2015 gereed is, moet de balans van de PH-BV daarmee in overeenstemming worden gebracht. Dat geldt ook voor de tegenprestatie van de PH-BV (aandelenkapitaal). Voor het verschil tussen de voorlopig gehanteerde balans en de balans per 31-12-2014 c.q. 1-1-2015 kunnen door de PH-BV aandelen wordt uitgereikt dan wel kan dat verschil als agio worden geboekt. Ook moet de verkrijgingsprijs voor het aanmerkelijk belang in overeenstemming met het voorgaande worden vastgesteld.

- Oprichting en inbreng niet op hetzelfde moment

Als de PH-BV in 2014 in directe en onlosmakelijke samenhang met de inbreng van de onderneming van de MS wordt opgericht, terwijl de inbreng van de IB-onderneming in de PH-BV op 1-1-2015 om 00.00 uur geschiedt, wordt de PH-BV - in geval deze wordt opgericht in 2014 - opgericht met een storting in contanten (van bijv. € 100,-) en wordt de IB-onderneming op 1-1-2015 om 00.00 uur als agio gestort op de aandelen van de reeds opgerichte PH-BV. Deze agiostoring kan worden vormgegeven door de aandeelhouder en de PH-BV een (onderhandse) inbrengovereenkomst te laten ondertekenen. Deze inbrengovereenkomst moet in dat geval vóór 1-1-2015 om 00.00 uur zijn getekend en omvat zowel de verplichting tot de inbreng als - ter uitvoering daarvan - de levering van de tot de IB-onderneming behorende activa onder de verplichting de tot de onderneming behorende passiva voor rekening te nemen.

Vanuit fiscaal perspectief is er in allebei de hiervoor beschreven situaties geen waardering vereist. Door toepassing van artikel 3.65 Wet IB 2001 schuiven de fiscale boekwaarden van de (eind)balans van de IB-onderneming per 31-12-2014 immers door naar de fiscale (openings)balans van de PH-BV per 1-1-2015. De fiscale (eind)balans van de IB-onderneming per 31-12-2014 en de fiscale (openings)balans van de PH-BV per 1-1-2015 hoeven niet vóór 1 januari 2015 te worden opgesteld.

Enkel als de onderneming met toepassing van artikel 14 Wet VPB 1969 wordt “dooringebracht” in een MSBC zal er vanuit fiscaal perspectief in de loop van 2015 een waardering van de onderneming moeten plaatsvinden, omdat artikel 3.4.1. van de Standaardvoorwaarden ex artikel 14 Wet VPB 1969 vereist dat de waarde van het lidmaatschapsrecht moet corresponderen met de waarde in het economische verkeer van de overgedragen onderneming (minus de latente VPB-claim over de aanwezige stille reserves/goodwill).

Vraag 13

Kan aan het voortzettingsvereiste van onderdeel 4.2 van het Besluit Geruisloze Omzetting (30 juni 2010, nr. DGB 2010/3599M, Staatscourant 2010, 10512) worden voldaan als de onderneming die in 2014 door de MS wordt ingebracht in een hiertoe opgerichte PH BV, met ingang van 2015 uitsluitend door de invoering van de integrale bekostiging niet meer kwalificeert als een onderneming in de zin van artikel 3.2 Wet IB 2001.

Antwoord: Ja

Toelichting: Hier doet zich de bijzondere situatie voor dat hetgeen wordt ingebracht niet langer kwalificeert als onderneming, hoewel de activiteiten voor en na inbreng in de PH BV qua aard en omvang hetzelfde blijven. Er worden na inbreng in de BV geen vermogensbestanddelen vervreemd (behoudens mogelijk op grond van met de inbreng samenhangende bedrijfsfusie), terwijl er ook geen sprake is van liquidatie van de activiteiten. Het ondernemerschap van de MS vervalt alleen omdat per 1 januari 2015 het zelfstandig declaratierecht vervalt als gevolg van inwerkingtreding van gewijzigde

wetgeving. Vanwege deze omstandigheden, in samenhang bezien, ontmoet het geen bezwaar om gebruik te maken van de faciliteit van art. 3.65 Wet IB 2001.

Vraag 14
Kan de onderneming van de MS die binnen afzienbare tijd zijn activiteiten in verband met zijn leeftijd (al dan niet verplicht) staakt, met toepassing van de geruisloze omzetting zijn onderneming inbrengen in een hiertoe opgerichte vennootschap?

Antwoord:

Ja, in de situatie dat inbreng van de onderneming direct samenhangt met de juridische vormgeving van het gekozen besturingsmodel (statutaire verplichting van het MSBC dat lidmaatschapsrechten uitsluitend worden uitgegeven aan rechtspersonen). In andere situaties maakt de inbreng onderdeel uit van een geheel van rechtshandelingen gericht op liquidatie.

Toelichting
In de situatie dat een MS in maatschapsverband samenwerkt met een collectief van meerdere MS en door een gezamenlijke keuze van dit collectief gedwongen wordt zijn maatschapsaandeel in te brengen in een BV om zijn participatie in het collectief voort te zetten, is dit het motief voor de inbreng in de BV en niet de binnen afzienbare tijd voorzienbare overdracht of liquidatie van de onderneming.

Vraag 15:
De maten van een maatschap brengen (voor zover zij nog niet door middel van een PH BV in de maatschap participeren) in verband met het gekozen niet transparante samenwerkingsmodel hun maatschapsaandeel in een hiertoe opgerichte PH BV in. Kunnen de hiermee samenhangende verzoeken om de toepassing van de geruisloze omzetting als bedoeld in artikel 3.65 Wet IB 2001 collectief worden ingediend?

Antwoord:

Ja, indien gewenst kan bij de indiening van deze verzoeken worden afgeweken van hetgeen is bepaald in onderdeel 14.1 van het Besluit geruisloze omzetting. Collectieve verzoeken kunnen worden ingediend ter attentie van de voor de heffing van de inkomstenbelasting voor de meerderheid van deze MS'en competente inspecteur. In het verzoek dienen alle namen en BSN/sofinummers van de individuele MS'en te zijn vermeld namens wie een verzoek wordt gedaan. Bij het verzoek dient op individueel niveau de informatie beschreven in voornoemd onderdeel 14.1 te worden overgelegd, alsmede de slotbalans van de maatschap.

Omzetbelasting

Vraag 16:
Hoe stel ik vast of sprake is van het uitlenen van personeel of van een andere prestatie?

Antwoord:
Er is geen sprake van het btw-belast ter beschikking stellen van personeel/arbeid als cumulatief aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- tussen partijen wordt een overeenkomst tot opdracht1 tot het verrichten van bepaalde werkzaamheden gesloten;
- de te verrichten werkzaamheden worden in die overeenkomst beschreven zodat de aard van die werkzaamheden duidelijk blijkt. Het is niet nodig dat de werkzaamheden gedetailleerd worden beschreven;

[1] Het Burgerlijk Wetboek omschrijft de overeenkomst tot opdracht in artikel 7:400 als *"een overeenkomst waarbij de ene partij zich jegens de andere partij verbindt anders op grond van een arbeidsovereenkomst werkzaamheden te verrichten die in iets anders bestaan dan het tot stand brengen van een werk van stoffelijke aard, het bewaren van zaken, het uitgeven van werken of het vervoeren of doen vervoeren van personen of zaken"*.

- uit de overeenkomst blijkt dat tussen de opdrachtgever en de opdrachtnemer geen arbeidsovereenkomst of uitzendovereenkomst bestaat of enige andere juridische band waaruit een verhouding van ondergeschiktheid ontstaat; én
- er wordt ook feitelijk zo gehandeld.

Dit standpunt geldt voor elke schakel in de (bedrijfs-)keten.

Vraag 17:
Hoe stel ik vast of de prestatie onder een medische btw-vrijstelling valt?

Antwoord:
Wanneer eenmaal langs bovenstaande lijn is vastgesteld dat sprake is van een prestatie bestaande uit het in opdracht verrichten van bepaalde werkzaamheden (er is dus geen sprake van het uitlenen van personeel), zijn voor de medische vrijstelling grofweg twee groepen te onderscheiden:

- medische werkzaamheden verricht door een persoon met BIG-registratie zijn btw-vrijgesteld2
- De werkzaamheden worden verricht door een persoon zonder BIG-registratie of door een persoon die handelt buiten zijn BIG-deskundigheidsgebied zijn btw-vrijgesteld indien en voor zover zij naar hun aard een inherent, wezenlijk en onafscheidbaar deel vormen (zie toelichting) van de aan de patiënt geboden medische behandeling met een therapeutisch doel.3

Dit standpunt geldt voor elke schakel in de (bedrijfs-)keten.

Vraag 18:
Er is sprake van het uitlenen van personeel. Kan er een beroep worden gedaan op het besluit "ter beschikking stellen van personeel" van 14 maart 2007 zodat heffing van btw achterwege kan blijven?

Antwoord:
Het uitlenen van personeel is in beginsel een btw-belaste prestatie. Uitlenen van personeel kan op grond van het besluit echter toch vrijgesteld van btw plaatsvinden als:

- personeel in de gezondheidssector structureel ter beschikking wordt gesteld door een ondernemer die zich met betrekking tot zijn primaire activiteiten kan beroepen op een medische vrijstelling en de inlener in materiële zin (mede)werkgever is.4 Om gebruik te kunnen maken van de vrijstelling voor het uitlenen van personeel moet de terbeschikkingstelling structureel van karakter zijn.5 De arbeidsovereenkomst met de formele werkgever is een voorwaarde voor de structurele ter beschikkingstelling.6 Deze moet in beginsel voor onbepaalde tijd zijn gesloten. Wanneer sprake is van een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd, moet uit de feiten en omstandigheden kunnen worden afgeleid dat de intentie van zowel de werkgever als de werknemer er op gericht is de overeenkomst voor bepaalde tijd om te zetten in een overeenkomst voor onbepaalde tijd zodra de overeenkomst voor bepaalde tijd afloopt.

Een redelijke uitleg van het "Besluit ter beschikking stellen van personeel" betekent dat ook sprake is van structurele ter beschikkingstelling als bij aanvang wordt voldaan aan de voorwaarden van het besluit, maar de werknemer na verloop van tijd een arbeidsovereenkomst sluit met de ondernemer waar hij zijn werkzaamheden daadwerkelijk uitvoert (de inlener).

---

[2] De gezondheidskundige diensten zijn vrijgesteld voor zover die diensten vallen binnen het BIG-deskundigheidsgebied en opleiding van de persoon met BIG-registratie, ongeacht of deze diensten worden verricht voor een 11-1-c/g/f-dienstverlener of rechtstreeks aan de patiënt.
[3] Het feit dat de persoon niet BIG-geregistreerd is (of buiten zijn BIG-bevoegdheden handelt) doet hier niet aan af omdat het Hof van Justitie in het arrest Verigen heeft geoordeeld dat de gezondheidskundige verzorging niet in alle onderdelen door medisch personeel hoeft te worden verricht.
[4] Zie Besluit van 14 maart 2007 nr. CPP2007/347M, welk besluit nog meer voorwaarden bevat waaraan moet worden voldaan.
[5] Het gaat hierbij nadrukkelijk om het structurele karakter van de detachering en niet om het structurele karakter (onbepaalde tijd) van de arbeidsovereenkomst die de werknemer heeft gesloten met de formele werkgever.
[6] Het gaat hierbij nadrukkelijk om het structurele karakter van de detachering en niet om het structurele karakter (onbepaalde tijd) van de arbeidsovereenkomst die de werknemer heeft gesloten met de formele werkgever.

- personeel (tijdelijk of structureel) ter beschikking wordt gesteld (als nauw samenhangende dienst)7 aan ziekenhuizen en dergelijke inrichtingen, mits:
    - de uitleen wordt verricht door een ziekenhuis of dergelijke inrichtingen als bedoeld in artikel 11-1-c/11-1-f Wet OB;
    - zonder die dienst de gelijkwaardigheid niet kan worden verzekerd van de verrichte vrijgestelde ziekenhuiszorg;
    - de uitleen niet in hoofdzaak het doel heeft om de uitlenende inrichting extra opbrengsten te verschaffen waarmee in rechtstreekse concurrentie wordt getreden met commerciële btw-belaste ondernemers (denk aan uitzendbureaus).

Deze lijn kan niet worden gehanteerd bij het uitlenen van personeel tussen individuele gezondheidskundige beroepsbeoefenaren8 omdat de basis voor deze vrijstelling (met de hoofdprestatie nauw samenhangende diensten) ontbreekt.

Nadere toelichting– deel omzetbelasting (btw)

Medische btw-vrijstelling
De Wet op de omzetbelasting 1968 (hierna 'Wet OB') kent een vrijstelling voor de verzorging en verpleging van in een inrichting opgenomen personen en voor individuele (para-)medische prestaties (artikel 11-1-c Wet OB, de ziekenhuisvrijstelling, en artikel 11-1-g Wet OB, de 'individuele' medische vrijstelling). Daarnaast is er een vrijstelling in artikel 11-1-f Wet OB voor de diensten door poliklinieken etc. die niet onder artikel 11-1-c Wet OB vallen. Deze artikelen zijn gebaseerd op artikel 132, lid 1, letter b, c en g van de btw-richtlijn.

Jurisprudentie
Door het Hof van Justitie EU zijn meerdere arresten gewezen over de medische vrijstellingen in de btw-richtlijn. In dit kader is het arrest Verigen9 het belangrijkst. Uit dit arrest volgt dat, voor zover sprake is van een gezondheidskundige behandeling van de mens met een therapeutisch doel door artsen en ziekenhuizen, ook alle wezenlijke, inherente en onafscheidbare delen van die behandeling die door een derde worden verricht, worden beschouwd als gezondheidskundige verzorging van de mens. Hierbij is het wel van belang dat de werkzaamheden van die derde een therapeutisch doel hebben10 en de behandeling door de arts niet kan slagen zonder die werkzaamheden.

Verder heeft het Hof van Justitie EU geoordeeld dat de gezondheidskundige verzorging niet in alle onderdelen door medisch personeel hoeft te worden verricht. Het Verigen-criterium is door de Hoge Raad in het medisch tatoeëerder-arrest11 toegepast. Dit betekent dat het Verigen-criterium toegepast moet worden bij zowel artikel 11-1-c als artikel 11-1-g Wet OB.

Voor het onderscheid tussen ter beschikking stellen van personeel/arbeid of een andere (mogelijk medische) prestatie sluit de Hoge Raad in de arresten van 13 juni 2014 aan bij de in de overeenkomst afgesproken en feitelijk verrichte werkzaamheden (aannemen van werk)12. Om die reden kan voor de beoordeling van de aard van de dienst worden aangesloten bij het voorwerp van de overeenkomst en (als werknemers de opdracht uitvoeren) het werkgeversgezag over personeel.

Als natuurlijk persoon of vanuit een BV
De lijn dat het niet uitmaakt of en persoon de werkzaamheden verricht als zelfstandig ondernemer (ZZP) of als werknemer van (bijv.) een BV, past bij het uitgangspunt dat de toepassing van de vrijstelling voor individuele gezondheidskundige zorg niet afhangt van de rechtsvorm van de belastingplichtige die deze gezondheidskundige diensten verricht (zie HvJ Kügler, C-141/00).

---

[7] Conform de lijn van het HvJ EU in de zaak Horizon College.
[8] artikel 11-1-g Wet OB.
[9] HvJ 18-11-2010, C-156/09, Verigen Transplantation Service
[10] Steriliseren van instrumenten behoort daar bijvoorbeeld niet toe
[11] Hoge Raad 19 april 2013 LJN BY 1252
[12] De Hoge Raad heeft daarbij op voorhand vastgesteld dat geen sprake was van juridische ondergeschiktheid.